

- Landesapothekerkammer - Brandenburg

Meldung über die Aufnahme einer Tätigkeit (I) oder Begründung des Wohnsitzes (II) im Land Brandenburg nach § 3 Abs. 3 HeilBerG

Name: Akademischer Grad:

Vorname: Geburtsname:

Geburtsdatum: Geburtsort/Land:

Staatsangehörigkeit: Geschlecht:

Wohnanschrift:

.....

Telefon: mobil:

Datum der Approbation:
(eine beglaubigte Kopie der Approbation ist beizufügen oder im Original vorzulegen)

Fachapotheker für:
(eine beglaubigte Kopie der Urkunde ist beizufügen oder im Original vorzulegen)

Vorherige Mitgliedschaft
in einer anderen Apothekerkammer:
(Name der Kammer)

Bestehende Mitgliedschaft
in einer anderen Apothekerkammer
(Name der Kammer)

I. Aufnahme der Tätigkeit am:

Art der Tätigkeit:
(z. B. Inhaber/Verwalter/Pächter/approbierter Mitarbeiter)

wöchentliche Arbeitszeit:

Anschrift Arbeitsstelle:

.....

Bestätigung durch den Arbeitgeber:
(Unterschrift)

II. Begründung des Wohnsitzes im Land Brandenburg am:
(Meldebescheinigung ist beizufügen)

Nicht berufstätig wegen:
(z. B. Ruhestand, Arbeitslosigkeit)

Ich versichere die Richtigkeit aller von mir gemachten Angaben. Mit der Unterschrift wird der Landesapothekerkammer Brandenburg die Genehmigung zur Erfassung und Speicherung meiner Daten erteilt.

.....
Datum

.....
Unterschrift