

Personalmeldung

Stichtag: 31.12. _____

Landesapothekerkammer Brandenburg
Geschäftsstelle
Am Buchhorst 18
14478 Potsdam

Fax: 0331-8886620

Hauptapotheke/OHG¹ Filialapotheke/OHG¹ Zweigapotheke¹ Krankenhausapotheke¹

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

	Name, Vorname	männlich	weiblich	Arbeitszeit			Fili- leiter	Leiter Kranken- haus- apotheke	Leiter Zweig- apotheke
				Voll- zeit ⁴	≥20 h	<20 h			
Approbierte Mitarbeiter ^{2,3}									
Apotheker- assistenten ²									
Pharmazie- ingenieure ²									
Apotheken- assistenten ²									
PTA ²									

	Name, Vorname	männlich	weiblich
Pharmaziepraktikanten ²			
PTA-Praktikanten ²			

	Gesamt (Anzahl)	davon		davon	
		männlich (Anzahl)	weiblich (Anzahl)	Vollzeit (Anzahl)	Teilzeit (Anzahl)
PKA, Facharbeiter, Helfer ²					
PKA in Ausbildung ²					
Sonstige ²					

- 1 für jede Apotheke (Haupt-, Filial- u. Zweigapotheke) bitte ein extra Formular ausfüllen
2 Mitarbeiterinnen in Mutterschaftsurlaub/Elternzeit zählen als Angestellte mit (wie anwesend)
3 Filialleiter ist approbierter Mitarbeiter
4 mehr als 38 Wochenstunden

Inhaber/Pächter/Verwalter:

.....
Name

.....
Name (bei OHG)

.....
Vorname

.....
Vorname (bei OHG)

.....
Unterschrift des Inhabers/Pächters/Verwalters

Anschrift der Apotheke (Stempel):

Termin der Rückgabe: 15. Januar _____