



Anmeldung

Aufnahme einer Tätigkeit oder Begründung des Wohnsitzes im Land Brandenburg
(gemäß § 3 Absatz 3 HeilBerG)

Persönliche Daten				
Name*:	_____	Vorname*:	_____	
Akademischer Grad*:	_____	Geschlecht*:	_____	
Anschrift*:	_____			
Geburtsdatum*:	_____	Geburtsort/Land*:	_____	
Staatsangehörigkeit*:	_____	Geburtsname*:	_____	
Telefonnummer:	_____	Mobil:	_____	
E-Mail:	_____			
HBA*:	Ausweisnummer*:	_____	Gültig bis*:	_____
	ausstellende Kammer*:	_____	Anbieter*:	_____
Datum der Approbation/ Berufsausübungserlaubnis*:	_____ (Eine beglaubigte Kopie der Approbation ist beizufügen oder im Original vorzulegen.)			
Fachapotheker/in für*:	_____ (Eine Kopie der Urkunde ist beizufügen.)			
Vorherige Mitgliedschaft in der Apothekerkammer*:	_____		bis:	_____
Bestehende Mitgliedschaft in der Apothekerkammer*:				

<input type="checkbox"/> Ich übe meinen Beruf als Apotheker/in aus.	
Aufnahme der Tätigkeit im Land Brandenburg am*:	_____
Art der Tätigkeit*:	_____ (z. B. Inhaber/Verwalter/Pächter/Approbierter Mitarbeiter)
Name der Arbeitsstelle*:	_____
Anschrift der Arbeitsstelle*:	_____
	Wochenstunden*:
Bestätigung durch Arbeitgeber*:	

<input type="checkbox"/> Ich übe meinen Beruf als Apotheker/in nicht aus, habe aber meinen Wohnsitz in Brandenburg.			
Nicht berufstätig seit:	_____		
Grund:	Ruhestand (Kopie des Rentenausweises beifügen)	Arbeitslosigkeit Bezug von Einkünften ¹ ja nein	Sonstiges:
Begründung des Wohnsitzes im Land Brandenburg am:			

Ich versichere die Richtigkeit aller von mir gemachten Angaben. Mit der Unterschrift wird der Verarbeitung personenbezogener Daten durch die Landesapothekerkammer Brandenburg auf der Grundlage von Artikel 6 Absatz 1 lit. e) DSGVO zugestimmt.

Ort, Datum*	Unterschrift*
-------------	---------------

*Pflichtangabe

¹ Zu den Einkünften zählt auch der Bezug von Arbeitslosengeld.