



Anmeldung Pharmazeut im Praktikum

Begründung einer freiwilligen Mitgliedschaft (gemäß § 3 Absatz 1 HeilBerG)

Persönliche Daten			
Name*:	_____	Vorname*:	_____
Akademischer Grad*:	_____	Geschlecht*:	_____
Anschrift*:	_____		
Geburtsdatum*:	_____	Geburtsort/Land*:	_____
Staatsangehörigkeit*:	_____	Geburtsname*:	_____
Telefonnummer:	_____	Mobil:	_____
E-Mail:	_____		

Tätigkeit	
Aufnahme der praktischen pharmazeutischen Ausbildung am*:	_____ (Eine Kopie des Ausbildungsvertrages ist beizufügen.)
Name der Arbeitsstelle*:	_____
Anschrift der Arbeitsstelle*:	_____
	Wochenstunden*:

Unterschrift Arbeitgeber*:	_____
Ich beantrage meine freiwillige Mitgliedschaft mit Wirkung ab*: _____	
<small>(Die freiwillige Mitgliedschaft ist ab dem Tage des Beginns der praktischen pharmazeutischen Ausbildung möglich, soweit der Antrag innerhalb eines Monats seit Beginn der Ausbildung gestellt wird. Wird der Antrag zu einem späteren Zeitpunkt gestellt, ist die Mitgliedschaft ab Eingang des Antrages möglich.)</small>	

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