



Abmeldung

Beendigung der Tätigkeit oder Aufgabe des Wohnsitzes im Land Brandenburg
(gemäß § 3 Absatz 3 HeilBerG)

| Persönliche Daten | | | |
|-------------------|-------|------------------|-------|
| Name*: | _____ | Vorname*: | _____ |
| Geburtsdatum*: | _____ | Mitgliedsnummer: | _____ |
| Anschrift: | | | |

| Abmeldung | |
|-------------------------------|-------|
| Beendigung der Tätigkeit zum: | _____ |
| Letzte Arbeitsstelle: | _____ |
| Aufgabe des Wohnsitzes am: | _____ |
| Neue Wohnanschrift | _____ |
| Zukünftige Apothekerkammer: | _____ |
| Anmeldung dort zum: | _____ |

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