



Änderungsmitteilung

(gemäß § 1 Meldeordnung der Landesapothekerkammer Brandenburg)

Persönliche Daten

Name*: _____ Vorname*: _____
Geburtsdatum*: _____ Mitgliedsnummer: _____

Änderung

Datum der Änderung: _____

Art der Änderung

- Adressänderung Neue Anschrift: _____

- Namensänderung¹ Neuer Name: _____

- HBA Ausweisnummer: _____
Gültig bis: _____
ausstellende Kammer: _____
Anbieter: _____
- Änderung des Beschäftigungsumfangs Wochenstunden: _____
- Arbeitsstättenwechsel Neue Arbeitsstätte: _____
_____ Wochenstunden: _____
- Mehrere Arbeitsstätten 1. Arbeitsstätte: _____
_____ Wochenstunden: _____
2. Arbeitsstätte: _____
_____ Wochenstunden: _____
- Elternzeit² von (ohne Mutterschutz): _____ bis: _____
- Ruhestand³ Nicht mehr berufstätig seit: _____
- Arbeitslosigkeit seit: _____ Bezug von Einkünften⁴:
Ja Nein

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 Eine Kopie der Urkunde über die Namensänderung ist als Anlage beizufügen.

2 Eine Kopie der Geburtsurkunde des Kindes und der Vereinbarung mit dem Arbeitgeber ist beizufügen.

3 Eine Kopie des Rentenausweises ist beizufügen.

4 Zu den Einkünften zählt auch der Bezug von Arbeitslosengeld.