

Landesapothekerkammer
Baden-Württemberg
Zentrale Mitgliederverwaltung
Villastraße 1
70190 Stuttgart

Meldebogen als Apotheker/in

Bitte legen Sie immer eine beglaubigte Kopie Ihrer Approbation / Berufserlaubnis bei!

1. Persönliche Daten

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Familienname	Vorname
Doktorgrad	Geburtsname
Geburtsdatum	Geburtsort
Staatsangehörigkeit	
Straße/Nr.	PLZ/Wohnort
Telefon*:	E-Mail*

2. Fachliche Ausbildung

Approbation erhalten am: _____

Berufserlaubnis erhalten am: _____ befristet bis: _____

Promotion*/Habilitation* erhalten am: _____

Fachapotheker/in* für:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Offizin-Pharmazie | <input type="checkbox"/> Allgemeinpharmazie | <input type="checkbox"/> Klinische Pharmazie |
| <input type="checkbox"/> Arzneimittelinformation | <input type="checkbox"/> Pharmazeutische Technologie | <input type="checkbox"/> Pharmazeutische Analytik |
| <input type="checkbox"/> Toxikologie und Ökologie | <input type="checkbox"/> Öffentliches Gesundheitswesen | |

* Bitte Kopien der Urkunden beifügen

3. Beschäftigungsverhältnis/Arbeitsstätte

- | | | | | |
|-------------------------------------|--|---------------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Apotheke | <input type="checkbox"/> Krankenhausapotheke | <input type="checkbox"/> Industrie | <input type="checkbox"/> Verwaltung | <input type="checkbox"/> Universität |
| <input type="checkbox"/> Bundeswehr | <input type="checkbox"/> PTA/PKA-Schule | | | |
| In der Funktion als | <input type="checkbox"/> Inhaber/in | <input type="checkbox"/> Pächter/in | <input type="checkbox"/> Filialleiter/in | <input type="checkbox"/> Verwalter/in |
| | <input type="checkbox"/> Mitarbeiter/in | <input type="checkbox"/> Doktorand/in | | |

Bezeichnung der Arbeitsstätte

Straße/Nr. PLZ/Ort

Telefon* E-Mail*

*Freiwillige Angaben

Beginn des Beschäftigungsverhältnisses am: _____

Durchschnittliche Wochenarbeitszeit (Stunden): _____

Ende des Beschäftigungsverhältnisses am: _____

Weitere Beschäftigungsverhältnisse: _____
(einschließlich Wochenarbeitszeit) _____

Ich bin seit/ab _____ (Tag/Monat/Jahr) im Kammerbereich wohnhaft.

Ich bin aktuell Mitglied folgender Apothekerkammer:

Apothekerkammer:

ich bleibe weiterhin Mitglied dieser Kammer Mitgliedschaft endet bei der bisherigen Kammer am _____ Datum

4. Sind Sie bereits im Besitz eines Heilberufsausweises?

ja nein

Herausgeber (Bisherige Apothekerkammer): _____

qVDA: _____

Ausweisnummer: _____

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

Datum Unterschrift