

**Hinweis:** Pflicht-Mitglieder werden automatisch von der Apothekerkammer des Saarlandes an die Bayerische Apothekerversorgung weitergeleitet

<input type="checkbox"/> <b>Anmeldung</b>	<input type="checkbox"/> <b>Abmeldung</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ummeldung</b>	<input type="checkbox"/> <b>Vertretung</b>
---	---	---	--

**Bei Anmeldung bitte beglaubigte Approbationsurkunde (nicht älter als 3 Monate) beilegen!**

Besteht / Bestand bereits eine Mitgliedschaft in der Apothekerkammer des Saarlandes  ja  nein  
 Besteht eine Mitgliedschaft in einer anderen Apothekerkammer  ja  nein  
 wenn ja Name des Kammerbezirkes: \_\_\_\_\_

Familien- und Vorname / Titel: \_\_\_\_\_  weiblich  männlich

ggf. Geburtsname: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

Adresse:  
 Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon/Handy\*: \_\_\_\_\_ Telefax\*: \_\_\_\_\_

eMail\*: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Apothekeninhaber/ in	<input type="checkbox"/> Approbation erteilt am: _____
<input type="checkbox"/> Apothekerpächter/ in	von: _____
<input type="checkbox"/> Apothekenverwalter/ in	<input type="checkbox"/> Erlaubnis erteilt am: _____ gültig bis: _____
<input type="checkbox"/> Verantwortliche/ r einer Filialapotheke	von: _____
<input type="checkbox"/> Leiter/ in einer Krankenhausapotheke <input type="checkbox"/> Angestellte/ r Krankenhausapotheke	<input type="checkbox"/> Weitergebildet im Gebiet / Bereich (Kopie der Urkunde beilegen)*: _____ am: _____
<input type="checkbox"/> Angestellte/ r Apotheker/ in (Apotheke, Hochschule, pharm. Industrie, Verwaltung, Bundeswehr, Lehranstalt, etc.)	<input type="checkbox"/> Pharmazeut/in im Praktikum (Keine Approbationsurkunde erforderlich)
<input type="checkbox"/> selbständige/ r Apotheker/ in außerhalb der Apotheke	

**Arbeitsstätte** (Name, Straße, PLZ, Ort): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Beschäftigungsbeginn: \_\_\_\_\_ Beschäftigungsende: \_\_\_\_\_

**regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit / Stundenzahl:** \_\_\_\_\_ Arbeitstage: \_\_\_\_\_

Mutterschutz ab: \_\_\_\_\_  Elternzeit ab: \_\_\_\_\_

ohne Beschäftigung  arbeitslos  Ruhestand  Umzug/Wegzug aus dem Saarland

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bei mit \* gekennzeichneten Feldern handelt es sich um freiwillige Angaben. Angaben hierzu müssen nicht gemacht werden, durch Ihre Angaben erleichtern Sie uns aber erheblich die Arbeit. Dies insbesondere dann, wenn diesseits Rückfragen an Sie bestehen sollten.