

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

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

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: _____ w m d

ggf. Geburtsname: _____ Staatsangehörigkeit: _____

geboren am: _____ in: _____

Adresse:
Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefon/Handy*: _____ Telefax*: _____

eMail*: _____

<input type="checkbox"/> Apothekeninhaber/ in	<input type="checkbox"/> Approbation (Kopie der Urkunde beilegen, Beglaubigung nicht erforderlich) erteilt am: _____
<input type="checkbox"/> Apothekenpächter/ in	von: _____
<input type="checkbox"/> Apothekenverwalter/ in	<input type="checkbox"/> Erlaubnis (Kopie der Urkunde beilegen, Beglaubigung nicht erforderlich) 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.