

**Hinweis:** Pflicht-Mitglieder (Cave: PhiP's nicht) der Apothekerkammer des Saarlandes werden automatisch von der Apothekerkammer des Saarlandes an die Bayerische Apothekerversorgung gemeldet

<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: \_\_\_\_\_  
HBA vorhanden?  ja  nein      ausgestellt von: \_\_\_\_\_

Familien- und Vorname / Titel: \_\_\_\_\_  w  m  d

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

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

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

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

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

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