

Anmeldeformular



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

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

Alternativ kann die original Approbationsurkunde in der Apothekerkammer vorgelegt werden.

Familien- und Vorname / Titel: _____ w m d

ggf. Geburtsname: _____ Staatsangehörigkeit: _____

geboren am: _____ in: _____

Adresse: Straße und Hausnummer, PLZ, Ort:

Telefon/Handy*: _____

eMail*: _____

Besteht / Bestand bereits eine Mitgliedschaft in der Apothekerkammer des Saarlandes? ja nein

Besteht eine Mitgliedschaft in einer anderen Apothekerkammer? ja nein

Wenn ja, Name der Apothekerkammer: _____

Wenn ja, bleibt diese fortbestehen? (dann bitte Mitgliedsbescheinigung hier beifügen): ja nein

eHBA vorhanden? ja nein

Wenn ja, Name der ausstellenden AK: _____

Kartenherausgeber (qVDA): _____ Karten-Nummer: _____

Approbation erteilt am: _____ von: _____

Pharmazeut:in im Praktikum (keine Approbationsurkunde erforderlich)

Arbeitsstätte:

Name, Straße und Hausnummer, PLZ, Ort:

Beschäftigungsbeginn: _____

Regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit: _____ Stundenzahl: _____ Arbeitstage (Wo): _____

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.