

Mitgliederverwaltung · Tel.: 0251 52005-0/-23 · Fax: 0251 52005-85 · E-Mail: mitglieder@akwl.de

Apothekerkammer Westfalen-Lippe
– Mitgliederverwaltung –
Bismarckallee 25
48151 Münster

- Apotheker*in / tätige Approbier*te
- Pharmazeut*innen im Praktikum(Phip)
- Apotheker*in mit Berufserlaubnis

Beschäftigung:

- öffentliche Apotheke
- Krankenhausapotheke
- Wissenschaft, Industrie
- Verwaltung, Standesorganisation

Tätig als:

- angestellte Mitarbeiter*in
- Filialleiter*in
- Verwalter*in
- Apothekeninhaber*in
- Amtsapotheker*in

- Apotheker*in ohne Berufsausübung
- mit Rentenbezug
- mit Bezug von Entgeltersatzleistungen
- ohne Bezüge

Wichtiger Hinweis:

Bitte der Anmeldung als Kammermitglied eine Kopie der Approbationsurkunde bzw. der Berufserlaubnis beifügen!

- Frau Herr

.....
Mitgliedsnummer (wird von der AKWL ausgefüllt)

.....
Titel

.....
Geburtsdatum

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsort

.....
ggf. Geburtsname, frühere/r Familienname/n

.....
Staatsangehörigkeit

.....
Straße, Hausnummer / App. / Whg.

.....
Telefon / Fax

.....
Adresszusatz (c/o)

.....
Mobiltelefon

.....
PLZ, Ort

.....
E-Mail

.....
Arbeitgeber/ Ort

.....
Eintrittsdatum

.....
wöchentliche Stundenzahl

Abfrage zum Apothekerausweis / Heilberufsausweis (HBA)

Wie viele Heilberufsausweise wurden an Sie ausgegeben? Stück

Die Ausweisnummer(n) (ICCSN) lautet/lauten: (Karte 1)

..... (Karte 2)

Ihr gewählter qualifizierter Vertrauensdienstanbieter (qVDA)

(Kartenproduzent) (Karte 1)

(Kartenproduzent) (Karte 2)

Ausstellende Kammer:

Wichtiger Hinweis:

Bei Beendigung der Kammermitgliedschaft hat sich das Mitglied bei der Apothekerkammer Westfalen-Lippe abzumelden und die neue berufliche und private Anschrift mitzuteilen (§ 1 Abs. 3 Meldeordnung der AKWL). Bei Wechsel in einen anderen Kammerbezirk hat sich das Mitglied bei der zuständigen Apothekerkammer anzumelden.

Weitere Angaben:

.....
absolvierte Weiterbildung(en) / weitere Ausbildungen

.....
Derzeitiges/zukünftiges Beschäftigungsverhältnis im Kammerbezirk Westfalen-Lippe: Arbeitgeber/Betrieb (Name, Anschrift)
für Pharmazeuten*innen im Praktikum: Arbeitgeber/Betrieb im ersten Teil des Praktischen Jahres (Name, Anschrift)

.....
für Pharmazeuten*innen im Praktikum: Arbeitgeber/Betrieb im zweiten Teil des Praktischen Jahres (Name, Anschrift)

.....
Beschäftigungsbeginn, wöchentliche Stundenzahl

für Pharmazeuten*innen im Praktikum: Beginn und Ende für beide Praktikumsteile .

ohne Berufsausübung / seit:

ggf. Grund angeben (z.B. Mutterschutz, Elternzeit, Rente, arbeitsuchend, etc.)

.....
zusätzliche Tätigkeit(en) außerhalb des Kammerbezirks: Arbeitgeber/Betrieb (Name, Anschrift, wöchentliche Stundenzahl)

.....
Existiert bereits eine Mitgliedschaft in einem Versorgungswerk? Wenn ja, bitte angeben.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift