



Apothekerkammer Westfalen-Lippe

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Per Telefax: 0251 5200585

Per E-Mail: mitglieder@akwl.de

Apothekerkammer Westfalen-Lippe
Mitgliederverwaltung

Bismarckallee 25
48151 Münster
Telefon 0251 - 5200523

Mitgliedsnummer: _____ **Name:** _____

Änderungsmitteilung:

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

Arbeitgeberwechsel

.....
(derzeitiger Arbeitgeber Name/Ort)

.....
(Datum Austritt)

.....
(zukünftiger Arbeitgeber Name/Ort)

.....
(Datum Eintritt)

Stunden

.....
(wöchentliche Arbeitszeit)

Kammeraustritt:
(Datum)

.....
(Grund)

Änderungen der Anschrift gültig ab:

.....
(Straße, Hausnummer)

.....
(PLZ, Ort)

Änderung des Namens (bitte mit Kopie der Stammbuchurkunde)

.....
(neuer Name, bitte Urkunde einreichen)

sonstige Änderungen und Ergänzungen der Stammdaten

.....
(Änderung)

.....
(gültig ab)

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)