

- Anzeige eines Beschäftigungsverhältnisses („An-/Abmeldung“)  
 Anzeige einer Änderung zu einem Beschäftigungsverhältnis

Der/Die Gemeldete ist: <input type="checkbox"/> Approbierte*r Mitarbeiter*in <input type="checkbox"/> Filialleiter*in <input type="checkbox"/> Pharmazeut*in im Praktikum <input type="checkbox"/> Apotheker*in mit befristeter Berufserlaubnis	Name und Anschrift der Apotheke (Stempel):
---	--

Anrede:	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
Titel:	
Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
PLZ / Wohnort:	
Straße / Nr.:	
Mitgliedsnummer:	
Datum der Approbation / ausstellende Behörde:	
Beginn des Beschäftigungs- verhältnisses (Datum):	
Ende des Beschäftigungs- verhältnisses (Datum):	
wöchentliche Arbeitszeit in Stunden:	
Bei Mitteilung einer Änderung:  Was hat sich geändert? (z.B. Wechsel in der Filialleitung, wöchentl. Std.-zahl, Wechsel in einen anderen Betrieb z.B. im Filialverbund, Mutter- schutz/Elternzeit, Renteneintritt, etc.)  Datum, zu dem die Änderung wirksam wird:	

Datum, Unterschrift der/des Apothekenleiterin/s