

- 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, ...) Datum, zu wann die Änderung wirksam wird:	

Datum, Unterschrift der/des Apothekenleiterin/s