

Anmeldung als Kammermitglied

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Approb. Mitarbeiter / öff. Apotheke | <input type="checkbox"/> Approb. Mitarbeiter / Filialleitung | <input type="checkbox"/> Approb. Mitarbeiter / Krankenhaus |
| <input type="checkbox"/> Approb. Mitarbeiter / Industrie | <input type="checkbox"/> Approb. Mitarbeiter / Wissenschaft | <input type="checkbox"/> Approb. MA / wiss. Hilfskraft / Doktorand |
| <input type="checkbox"/> Apotheker mit Berufserlaubnis | <input type="checkbox"/> Pharmazeut im Praktikum (PhiP) | <input type="checkbox"/> Apothekeninhaber |
| <input type="checkbox"/> Apotheker/in ohne Berufsausübung | <input type="checkbox"/> Apotheker/in derzeit arbeitssuchend | |

Frau Herr

Mitgliedsnummer (von AKWL auszufüllen)

Name, Vorname

Titel

ggf. Geburtsname, frühere/r Familienname/n

Geburtsdatum/Geburtsort

Straße, Nr., App./Whg.

Staatsangehörigkeit

Adresszusatz (c/o)

Tel. / Fax

PLZ, Ort

mobil

E-Mail

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

absolvierte Weiterbildung / weitere Ausbildungen

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

für Pharmazeuten im Praktikum: Arbeitgeber/Betrieb im zweiten Teil des Praktischen Jahres

Beschäftigungsbeginn, wöchentl. Stundenzahl; für PhiP: ggf. Beginn und Ende für beide Praktikumsteile angeben!

ohne Berufsausübung / seit: _____
ggf. Grund angeben (z.B. Mutterschutz, Elternzeit, Rente, arbeitssuchend, etc.)

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

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

Datum, Ort

Unterschrift

