

Art der Meldung

- Neuanmeldung als Teilnehmer/in für die Zertifizierte Kompetenzerhaltung**
- Meldung von privaten oder beruflichen Veränderungen zum** ...
- Änderung der privaten Kommunikation Änderung der beruflichen Kommunikation
- Namensänderung Änderung der Arbeitszeit

Persönliche Daten – DRUCKBUCHSTABEN	
Nachname:	akad. Titel:
Vorname:	Geburtsname:
geb. am:	in:
Nummer Ihrer persönlichen Teilnehmerkarte TN B A:	
Staatsangehörigkeit:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m

Private Kommunikation – DRUCKBUCHSTABEN	
Straße:	
PLZ:	Ort:
Tel.:	Fax:

E-Mail:

Beschäftigungsdaten – DRUCKBUCHSTABEN		
<input type="checkbox"/> Apotheker/in		
• Approbation	am:	in:
• Widerrufl. Berufserlaubnis	von:	bis:
Kammerzugehörigkeit:	<input type="checkbox"/> Berlin	<input type="checkbox"/> Brandenburg
	<input type="checkbox"/> andere Apothekerkammer:	
<input type="checkbox"/> Pharmazeut/in im Praktikum	<input type="checkbox"/> Apothekerassistent/in	<input type="checkbox"/> Pharmazieingenieur/in
<input type="checkbox"/> Pharmazeutisch-technische/r Assistent/in	<input type="checkbox"/> PTA-Praktikant/in	
<input type="checkbox"/> Apothekenassistent/in	<input type="checkbox"/> sonstige	

Angaben zur Wochenarbeitszeit , **Stunden**

Berufliche Kommunikation – DRUCKBUCHSTABEN	
<input type="checkbox"/> ohne Beschäftigungsverhältnis	Ab – Datum:
Beschäftigungsstätte:	
Straße:	
PLZ:	Ort:
Tel.:	Fax:
E-Mail:	

Persönliche Erklärung

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Daten von der Apothekerkammer Berlin elektronisch gespeichert, verarbeitet und mit anderen Heilberufskammern auf Landes- und Bundesebene ausgetauscht werden. Die Informationen werden unter Berücksichtigung des Datenschutzgesetzes gespeichert. Die Bewertung der Fortbildungsmaßnahme durch die Teilnehmer (Evaluation) wird anonymisiert. Die Speicherung der Daten für die Zwecke der Zertifizierten Kompetenzerhaltung kann jederzeit widerrufen werden.

Datum:	Datum:
Unterschrift Teilnehmer/in	Unterschrift Leitung der Beschäftigungsstätte

Wichtiger Hinweis: Bitte senden Sie diese Anmeldung im Original an uns zurück!