

# Personalmeldungen der Apotheken

Stichtag 30.06. (Frist: 15.07.)  Stichtag 31.12. (Frist: 15.01.)



## Apotheke

[Name, Ort, Email-Adresse]

	Name [Vor- und Nachname]	wöchentliche Arbeitszeit [h]
Leiter		
01. Apotheker/in mit Approbation oder Berufserlaubnis		
02. Pharmazeut/-in im Praktikum		
03. Apothekenassistent/-in		
04. Pharmazieingenieur/-in		
05. Apothekerassistent/-in		
06. PTA		
07. PTA-Auszubildene/-r		
08. PKA		
09. PKA-Auszubildende/-r		
10. sonstige:		
10. sonstige:		
10. sonstige:		
10. sonstige:		

Ort, Datum

Unterschrift (Leiter)

[Digitale Formulare: 1. Füllen Sie die Felder aus. 2. Fügen Sie Ihre Unterschrift hinzu: Im kostenlosen Programm Acrobat Reader wählen Sie den Menüpunkt „Signieren“. Mit der Schaltfläche „Signatur hinzufügen“ können Sie eine Unterschrift (in Textform, gezeichnet oder als Bilddatei) dem Dokument anfügen. 3. Speichern Sie zum Ende die Datei mit neuem Dateinamen ab und übermitteln diese an uns.]

Meldung an die: Apothekerkammer Mecklenburg-Vorpommern

digital als Email an [info@akmv.de](mailto:info@akmv.de) ; oder Postanschrift: Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin