

Erhebungsbogen für Kammermitglieder



Dieser Erhebungsbogen ist bei Neumitgliedschaft vollständig ausgefüllt an die Apothekerkammer Mecklenburg-Vorpommern zu übersenden. Bei **Änderungen** tragen Sie bitte Ihren Namen, Vornamen sowie die E-Mail-Adresse für Rückfragen ein und füllen Sie bitte **nur die sich ändernden Angaben** aus. Bitte beachten Sie, dass die Anmeldung bei der **Apothekerversorgung** Mecklenburg-Vorpommern einer **gesonderten Meldung** bedarf.

Neuanmeldung

Änderungsmeldung

1. persönliche Angaben:

Nachname

Vorname

Titel

E-Mail

Geschlecht

Geburtsdatum

Geburtsort

Geburtsname

Staatsangehörigkeit

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Telefonnummer

2. nur ausfüllen bei Wegzug aus dem Bundesland:

Datum Ende der Beschäftigung in MV

Datum des Wegzugs

3. Angaben zur Aus- und Weiterbildung:

Approbation erteilt am

Berufserlaubnis am

Weiterbildungsbezeichnung

Bitte legen Sie gut lesbare Scans (keine Fotos, auf denen nur Teile der Dokumente zu sehen sind) der Approbations-, Berufserlaubnis- und Weiterbildungsurkunden bei.

4. Angaben zur Dienststelle:

Dienststelle (Apotheke, Behörde,...)

Abteilung

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Telefonnummer

E-Mail

5. Beschäftigung:

Art der Beschäftigung

ggf. Erklärung

Wöchentliche Arbeitszeit in Stunden

6. Angaben zum elektronischen Heilberufsausweis (sofern vorhanden):

Kartenummer

Ausstellende Apothekerkammer

Gültig bis

7. Bezug der pharmazeutischen Zeitung

Ich möchte die Pharmazeutische Zeitung als beitragspflichtiges Kammermitglied künftig zum Vorzugspreis beziehen. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Apothekerkammer Mecklenburg-Vorpommern meinen Namen und meine Anschrift im Rahmen des Abonnements speichert und an die Avoxa Mediengruppe Deutscher Apotheker GmbH übermittelt. Die Rechnungslegung erfolgt jährlich durch die Apothekerkammer Mecklenburg-Vorpommern.

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben bestätige ich hiermit und werde der Apothekerkammer Mecklenburg-Vorpommern Änderungen unverzüglich mitteilen.

Die Erhebung der Daten beruht auf §§ 2 und 10 Heilberufsgesetz Mecklenburg-Vorpommern i.V.m. § 1 Meldeordnung der Apothekerkammer Mecklenburg-Vorpommern. Auf die Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutzverordnung und die Datenschutzerklärung der Apothekerkammer Mecklenburg-Vorpommern wird verwiesen.

Ort, Datum

Unterschrift

[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.]

Antrag an die: Apothekerkammer Mecklenburg-Vorpommern

digital als Email an personalmeldung@akmv.de ; oder Postanschrift: Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin