

Anmeldung – Approbierte

| Funktion | | Beschäftigungszeit | |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------|
| Apothekeninhaber/in | Filialleiter/in | wöchentliche Stundenzahl | |
| Apothekerpächter/in | Approbierte(r) Mitarbeiter/in Apotheker/in mit Berufserlaubnis | kürzer als 1 Monat | |
| Apothekenverwalter/in | | ausschließlich während der Semesterferien | |
| Name: | | | |
| Vorname: | | Geborene: | |
| akademische Grade: | | | |
| geboren am: | | in: | |
| Plz. Wohnort: | | Straße: | Nr.: |
| Staatsangehörigkeit: | | | |
| Approbation erteilt am: | | von: | |
| Weiterbildungsbezeichnung (Fachweiterbildung): | | Datum der Anerkennung: | |
| Ermächtigung zur Weiterbildung seit: | | bis: | |
| Fachgebiet, in dem die Berufstätigkeit ausgeübt wird: | | | |
| Dienststelle (Apotheke, Behörde, ...): | | | |
| Plz. Ort: | | Straße: | Nr.: |
| tätig als: | | | |
| Zeitpunkt des Eintritts: | | | |
| bisherige Tätigkeit: | | | |
| Dienststelle (Apotheke, Behörde, ...): | | | |
| Plz. Ort: | | Straße: | Nr.: |
| Apothekenstempel | | Ort, Datum, Unterschrift des Leiters | |