

Antrag

auf Umwandlung von Voll- in Teildienste



Gem. § 8 der Richtlinie zur Dienstbereitschaft stelle ich den Antrag, einen Teil der meiner Apotheke zugewiesenen Dienste bis auf Widerruf in Teildienste umzuwandeln.

Apotheke

Name der Apotheke:

Anschrift der Apotheke:

Apothekeninhaber/-in

Name, Vorname:

Anzahl der zugewiesenen Dienste:

Datum:

Unterschrift **Apothekeninhaber/-in**:

Die Frist für die Antragstellung beträgt 30. September. Es gilt das Datum des Posteingangs bei der Apothekerkammer MV.

Von der Apothekerkammer auszufüllen:

Apotheke liegt in den Städten: Schwerin, Wismar, Rostock, Neubrandenburg, Stralsund, Greifswald

ja nein

Apotheke liegt im Umkreis von 35 Straßen-km um ein Mittelzentrum

ja nein

Versorgung des Mittelzentrums durch Apotheken eines Oberzentrums abgedeckt

ja nein

Apotheke im Umkreis von 15 km um ein Krankenhaus mit Notfallversorgung, mehr als neun Apotheken im gleichen Umkreis

ja nein

[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 E-Mail an info@akmv.de ; oder Postanschrift: Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin