

# Personenmeldebogen

Fax: 0211 – 8388222

**Apothekerkammer Nordrhein**, Poststr. 4, 40213 Düsseldorf, Tel.: 0211 – 83880, www.aknr.de  
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Bei **Erstanmeldung** ist eine **Kopie der Approbationsurkunde** bzw. **Erlaubnis** zur Ausübung des Apothekerberufes beizufügen!

<input type="checkbox"/> <b>Anmeldung</b>	<input type="checkbox"/> <b>Abmeldung</b>	<input type="checkbox"/> <b>Vertretung</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ummeldung/Änderung</b> <input type="checkbox"/> Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> Adresse <input type="checkbox"/> Arbeitszeit <input type="checkbox"/> Name <input type="checkbox"/> Sonstiges _____
---	---	--	--

besteht/bestand bereits eine Mitgliedschaft in der AKNR  ja  nein falls ja, Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Titel

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Telefax

\_\_\_\_\_  
Vorname/n

\_\_\_\_\_  
Mobiltelefon

\_\_\_\_\_  
ggf. Geburtsname

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Straße, Postfach

\_\_\_\_\_  
Geburtsort Geburtsland

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit

Geschlecht:  weiblich  männlich

<input type="checkbox"/> Approbation erteilt am: _____	ausgestellt von: _____
<input type="checkbox"/> Berufserlaubnis von: _____ gültig bis: _____	ausgestellt von: _____
<input type="checkbox"/> 2. Staatsexamen am: _____	ausgestellt von: _____
<input type="checkbox"/> Staatsexamen am: _____	ausgestellt von: _____

## Arbeitgeber im Kammerbereich Nordrhein

\_\_\_\_\_  
Straße, PLZ, Ort

**Tätig in:**  Apotheke  Krankenhausapotheke  Industrie  Verwaltung  Universität  
 Bundeswehr  PTA-/PKA-Schule  Sonstiges

**als:**  Inhaber/in  Pächter/in  Verwalter/in  Filialleiter/in  Leiter/in (Krankenhaus-  
 Mitarbeiter/in  Pharmazeut/in im Praktikum (freiwilliges Mitglied) apotheke)

regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit/Stundenzahl: \_\_\_\_\_

Vertretung, Zeitraum von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Beschäftigungsbeginn: \_\_\_\_\_  Beschäftigungsende: \_\_\_\_\_

Mutterschutz ab: \_\_\_\_\_  Elternzeit ab: \_\_\_\_\_

ohne Beschäftigung  arbeitslos  Ruhestand  Fortzug aus Nordrhein zum: \_\_\_\_\_

**Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**bitte wenden !**

## Personenmeldebogen

**Apothekerkammer Nordrhein**, Poststr. 4, 40213 Düsseldorf, Tel.: 0211 – 83880, www.aknr.de  
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Mitglied des Versorgungswerkes der Apothekerkammer Nordrhein(n = nein / j = ja) \_\_\_\_\_

Mitgliedschaften in anderen Versorgungswerken:

---

---

Weiterbildung im Gebiet/Bereich: \_\_\_\_\_  
(Kopie der Urkunde beifügen)

---

Ausstellungsdatum: \_\_\_\_\_

### Nachweis der bisherigen Pharmazeutischen Tätigkeiten (bitte auch Studienzeiten, Promotionszeiten, Kandidatenzeit)

von	bis	in Apotheke/Firma	PLZ	Ort	als	Wochen- stunden