Apothekerkammer Sachsen-Anhalt
Doctor-Eisenbart-Ring 2
39120 Magdeburg

Kammermitgliedschaft

Stammdatenblatt für Apotheker

Persönliche Daten

☐ NEU

Mitgliedsnummer

Name _____

Vorname _____ ☐ Frau ☐ Herr ☐ _____

Geburtsname _____

Titel

Straße, Hausnr. _____

PLZ Ort _____

Telefon

Geburtsdatum _____

Geburtsort _____

E-Mail

Staatsangehörigkeit _____

Ausbildung

3. Prüfungsabschnitt beendet am _____ in _____

Approbation erteilt am _____ durch _____

Bitte legen Sie eine **amtlich beglaubigte** Kopie der Approbationsurkunde als Nachweis bei. (nicht älter als 3 Monate)

Promotion erteilt am _____ durch _____

Bitte legen Sie eine Kopie der Promotionsurkunde als Nachweis bei.

☐ Berufserlaubnis zur Ausübung des Apothekerberufes in Sachsen-Anhalt liegt vor.

Weiterbildung

Gebiet	Kammerbereich / Prüfungsdatum
☐ Allgemeinpharmazie	
☐ Klinische Pharmazie	
☐ Pharmazeutische Analytik und Technologie	
☐ Arzneimittelinformation	
☐ Toxikologie und Ökologie	
☐ Theoretische und praktische Ausbildung	
☐ Öffentliches Gesundheitswesen	

Bitte legen Sie eine Kopie der **jeweiligen Urkunde** als Nachweis bei.

Apothekerkammer Sachsen-Anhalt
Doctor-Eisenbart-Ring 2
39120 Magdeburg

Beschäftigung

☐ Approbierter Mitarbeiter
☐ Apotheker mit Berufserlaubnis
☐ Leiter Filialapotheke
☐ Verwalter
☐ Leiter Krankenhausapotheke
☐ _____
☐ Ich bin zur Zeit nicht berufstätig.

Arbeitgeber

_____ Datum Beschäftigungsbeginn

_____ Stunden wöchentlich

_____ Apotheke bzw. Arbeitgeber

_____ Straße

_____ PLZ, Ort

Elektronischer Heilberufeausweis (HBA)

☐ vorhanden ☐ nicht vorhanden

sofern vorhanden Anzahl HBA:
Kartennummern:

| | | | | | |

Gültig bis: Ausstellende Kammer:

| | | | | | |

Gültig bis: Ausstellende Kammer:

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben bestätige ich hiermit und werde der Apothekerkammer Sachsen-Anhalt alle eintretenden Veränderungen unverzüglich mitteilen.
Die Erhebung der Daten beruht auf §§ 2, 3 des Gesetzes über die Kammern für Heilberufe des Landes Sachsen-Anhalt in Verbindung mit § 2 Meldeordnung der Apothekerkammer Sachsen-Anhalt.
Im Einzelnen wird auf die Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutzgrundverordnung und die Datenschutzerklärung der Apothekerkammer Sachsen-Anhalt verwiesen.

_____ Ort, Datum

_____ Unterschrift

Apothekerkammer Sachsen-Anhalt
Doctor-Eisenbart-Ring 2
39120 Magdeburg

Kammermitgliedschaft

SEPA-Lastschriftmandat Beitrag

Gläubiger-ID DE91ZZZ00000564423

Lastschriftmandat Beitragswesen

☐ Ich ermächtige die Apothekerkammer Sachsen-Anhalt widerruflich, ab sofort die für meine Person anfallenden Beitragszahlungen bei Fälligkeit von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Apothekerkammer Sachsen-Anhalt auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Mitglied

Name _____ Titel _____

Vorname _____ Geburtsdatum _____

Mandatsreferenz **Wird separat mitgeteilt**

Kontoinhaber

Name, Vorname, Titel _____ PLZ, Ort _____

Bankverbindung

Kreditinstitut _____ BIC _____

D E | | | | | |
IBAN

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Bezug der Pharmazeutischen Zeitung

Persönliche Daten

Name _____ ☐ NEU
Mitgliedsnummer _____

Vorname _____ Titel _____

Pharmazeutische Zeitung

☐ Ich bin beitragspflichtiges Kammermitglied und beantrage die Zusendung der Pharmazeutischen Zeitung zum Vorzugspreis von z.Z. 137,80 € pro Jahr. Ich bevollmächtige die Apothekerkammer Sachsen-Anhalt, meinen Namen und meine Anschrift im Rahmen dieses Abonnements zu speicherm und für die Dauer meiner Kammerzugehörigkeit an Avoxa Mediengruppe Deutscher Apotheker GmbH zu übermitteln, ebenso eine Beendigung meiner Kammerzugehörigkeit sowie Namens- und Anschriftenänderungen.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____