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

Ausbildung

Stammdatenblatt für Pharmazeuten im Praktikum

Persönliche Daten

☐ NEU

Mitgliedsnummer

Name _____

Vorname _____

☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

Geburtsname _____

Titel

Straße, Hausnr. _____

PLZ Ort _____

Telefon

Geburtsdatum _____

Geburtsort _____

E-Mail

Staatsangehörigkeit _____

2. Staatsexamen

_____ bestanden am

_____ in

Ausbildungs-betrieb

1. Halbjahr von _____ bis _____

_____
Apotheke bzw. Arbeitgeber

_____ Straße

_____ PLZ, Ort

2. Halbjahr von _____ bis _____

_____
Apotheke bzw. Arbeitgeber

_____ Straße

_____ PLZ, Ort

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben bestätige ich hiermit und werde der Apothekerkammer Sachsen-Anhalt alle eintretenden Veränderungen unverzüglich mitteilen.
Mit der Verwendung der freiwillig abgegebenen Daten (durch Sternchen markiert) für die Belange der Apothekerkammer erkläre ich mich gemäß § 4 Abs. 1 des Gesetzes zum Schutz personenbezogener Daten der Bürger (DSG-LSA) einverstanden. Mir ist bekannt, dass mir aus dem Nichtausfüllen der freiwilligen Angaben keine Nachteile entstehen und das die Einwilligung jeder Zeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.
Im Einzelnen wird auf die Datenschutzerklärung der Apothekerkammer Sachsen-Anhalt verwiesen.

Unterschrift

_____ Ort, Datum

_____ Unterschrift

Hinweis: Der Bezug der Pharmazeutischen Zeitung ist nach bestandenem 2. Staatsexamen kostenlos möglich. Bitte wenden Sie sich mit dem entsprechenden Nachweis an:

Avoxa – Mediengruppe Deutscher Apotheker GmbH
z.H. Frau Fast
Apothekerhaus Eschborn, Carl-Mannich-Straße 26, 65760 Eschborn, Telefon: +49 6196 928-0, Fax: +49 6196 928-556

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

Antrag auf Befreiung vom Kammerbeitrag

Hiermit möchte ich _____
Vor- und Zuname

_____
PLZ Ort Straße Nr.

mich für die Zeit meines

Pharmaziepraktikums vom _____ bis voraussichtlich _____

nach §7 (2) der Beitragsordnung vom Kammerbeitrag befreien lassen.

Ort, den _____

Unterschrift _____