

Telefon: 06131/2701211
Telefax: 06131/2701222

Landesapothekerkammer
Rheinlad-Pfalz
Am Gautor 15
55131 Mainz

Abmeldung

Der/die nachstehende Abgemeldete war:

- | | | | |
|--------------------------|---------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Apothekerinhaber(in) | <input type="checkbox"/> | Pharmaziepraktikant(in) |
| <input type="checkbox"/> | Apothekenassistent(in) | <input type="checkbox"/> | Pharmazeutische(r) Assistent(in) |
| <input type="checkbox"/> | Apothekenpächter(in) | <input type="checkbox"/> | Student/Famulus |
| <input type="checkbox"/> | PTA | <input type="checkbox"/> | Apothekenverwalter(in) |
| <input type="checkbox"/> | Apothekerassistent(in) | <input type="checkbox"/> | PTA-Praktikant(in) |
| <input type="checkbox"/> | Apothekenfacharbeiter(in) | <input type="checkbox"/> | Apotheker(in) |
| <input type="checkbox"/> | Pharmazie-Ingenieur(in) | <input type="checkbox"/> | PKA/Helferin |
| <input type="checkbox"/> | Auszubildende PKA | | |

Persönliche Daten:

Familienname _____ Vorname _____
Geburtsname _____ Geburtsort _____
Straße/Nr. _____ PLZ/Ort _____
Staatsangehörigkeit _____ Familienstand: ledig verheiratet

Beschäftigungsverhältnis:

Apotheke, aus der der Austritt erfolgt:

Name _____ Telefon _____
Straße/Nr. _____ PLZ/Ort _____

Beginn des Arbeitsverhältnisses: _____ Wochenarbeitszeit (Stunden): _____

Ende des Arbeitsverhältnisses: _____

Als: Inhaber(in) Pächter(in) Verwalter(in) Mitarbeiter(in)

Künftige Beschäftigung: _____

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben

Datum: _____

Unterschrift: _____