

Approbation erhalten am: _____ **(Bitte Kopie der Approbationsurkunde beilegen!!)**

Berufserlaubnis erhalten am: _____ befristet bis: _____

Promotion/Habilitation erhalten am: _____

Fachapotheker/in für:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Offizin-Pharmazie | <input type="checkbox"/> Pharmazeutische Technologie |
| <input type="checkbox"/> Arzneimittelinformation | <input type="checkbox"/> Öffentliches Gesundheitswesen |
| <input type="checkbox"/> Toxikologie und Ökologie | <input type="checkbox"/> Klinische Pharmazie |
| <input type="checkbox"/> Allgemeinpharmazie | <input type="checkbox"/> Pharmazeutische Analytik |

Beschäftigungsverhältnis/Arbeitsstätten

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Apotheken | <input type="checkbox"/> Industrie |
| <input type="checkbox"/> Bundeswehr | <input type="checkbox"/> Verwaltung |
| <input type="checkbox"/> Krankenhausapotheke | <input type="checkbox"/> Universität |
| <input type="checkbox"/> PTA/PKA-Schule | |

In der Funktion als:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Inhaber(in) | <input type="checkbox"/> Mitarbeiter(in) |
| <input type="checkbox"/> Pächter(in) | <input type="checkbox"/> Wiss. Assistent(in) |
| <input type="checkbox"/> Filialleiter(in) | <input type="checkbox"/> Doktorand(in) |
| <input type="checkbox"/> Verwalter(in) | <input type="checkbox"/> Pharmaziepraktikant(in) |

Bezeichnung der Arbeitsstätte

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Telefon*

Telefax*

E-Mail*

Beginn des Beschäftigungsverhältnisses am: _____

Durchschnittliche Wochenarbeitszahl (Stunden): _____

Weitere Beschäftigungsverhältnisse: _____

(einschließlich Wochenarbeitszeit) _____

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben

Datum: _____

Unterschrift: _____

* Freiwillige Angabe