

Anmeldung

Der/die nachstehende Angemeldete ist:

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

Persönliche Daten

Familiennamenname Vorname

Titel Geburtsname

Geburtsdatum Geburtsort

Staatsangehörigkeit

Straße/Nr. PLZ/Wohnort

Telefon* Telefax*

E-Mail*

Familienstand*: ledig verheiratet nicht verheiratet

Fachliche Ausbildung

Pharmaziepraktikum: 1. Ausbildungsstätte: _____

vom: _____ bis: _____

2. Ausbildungsstätte: _____

vom: _____ bis: _____

Approbation erhalten am: _____ (Bitte beglaubigte Kopie der Approbationsurkunde beilegen!! Die Beglaubigung darf nicht länger als 3 Monate zurückliegen.)

Berufserlaubnis erhalten am: _____ befristet bis: _____

Promotion/Habilitation erhalten am: _____

Fachapotheker/in für:

- Allgemeinpharmazie (ehem. Offizin)
- Klinische Pharmazie
- Pharmazeutische Technologie
- Pharmazeutische Analytik
- Arzneimittelinformation

- Toxikologie und Ökologie
- Theoretische und Praktische Ausbildung
- Klinische Chemie
- Öffentliches Gesundheitswesen

Zusatzbezeichnung:

- Prävention und Gesundheitsförderung
- Ernährungsberatung
- Naturheilverfahren und Homöopathie

- Onkologische Pharmazie
- Geriatrische Pharmazie

Beschäftigungsverhältnis/Arbeitsstätten

- Apotheke
- Bundeswehr
- Krankenhausapotheke
- PTA/PKA-Schule

- Industrie
- Verwaltung
- Universität

In der Funktion als:

- Inhaber(in)
- Pächter(in)
- Filialleiter(in)
- Verwalter(in)

- Mitarbeiter(in)
- Wiss. Assistent(in)
- Doktorand(in)
- Pharmaziepraktikant(in)

Bezeichnung der Arbeitsstätte

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Telefon*

Telefax*

E-Mail*

Beginn des Beschäftigungsverhältnisses am: _____

Durchschnittliche Wochenarbeitszahl (Stunden): _____

Weitere Beschäftigungsverhältnisse: _____

(einschließlich Wochenarbeitszeit) _____

Gemäß § 22 Abs. 1 Nr. 2 HeilBG RLP vom 19.12.2014

verfüge ich persönlich über eine angemessene Haftpflichtversicherung

bin ich im Rahmen eines Beschäftigungsverhältnisses angemessen gegen Haftpflichtansprüche abgesichert

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben

Datum: _____

Unterschrift: _____

* Freiwillige Angabe