

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

_____	_____		
Familiennamen	Vorname		
_____	_____		
Titel	Geburtsname		
_____	_____		
Geburtsdatum	Geburtsort		
_____	_____		
Staatsangehörigkeit			

_____	_____		
Straße/Nr.	PLZ/Wohnort		
_____	_____		
_____	_____		
Telefon*	Telefax*		
_____	_____		
E-Mail*			

Familienstand*:	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> 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: _____

* Freiwillige Angabe

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

* Freiwillige Angabe

Datum: _____

Unterschrift: _____

* Freiwillige Angabe