

per Fax: 0251 52005-85 oder E-Mail: mitglieder@akwl.de

Apothekerkammer Westfalen-Lippe
– Digitalisierung, IT & Mitgliedschaft –
Bismarckallee 25
48151 Münster

Mitgliedsnummer:

Titel, Vorname, Name:

Änderungsmitteilung *(Bitte Zutreffendes ankreuzen.)*

Arbeitgeberwechsel

.....
(derzeitiger Arbeitgeber: Name/Ort)

.....
(Datum Austritt)

.....
(zukünftiger Arbeitgeber: Name/Ort)

.....
(Datum Eintritt)

.....
Stunden/Woche
(wöchentliche Arbeitszeit)

Kammeraustritt, ab: *(Datum)* *(Grund)*

Änderung der Anschrift, gültig ab: *(Datum)*

.....
(Straße, Hausnummer)

.....
(PLZ, Ort)

Änderung des Namens *(bitte Kopie der Stammbuchurkunde einreichen)*

.....
(neuer Name, bitte Urkunde einreichen)

sonstige Änderungen und Ergänzungen der Stammdaten, gültig ab: *(Datum)*

.....
(Änderung)

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)