

# ANZEIGE/ÄNDERUNG EINES BESCHÄFTIGUNGSVERHÄLTNISSSES

(Stand: März 2024)

Tel.: 0251 52005-23 · Fax: 0251 52005-85 · E-Mail: mitglieder@akwl.de

---

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

- Anzeige eines Beschäftigungsverhältnisses („An-/Abmeldung“)**  
 **Anzeige einer Änderung zu einem Beschäftigungsverhältnis**

Der/Die Gemeldete ist: <input type="checkbox"/> Approbierte Mitarbeiter*in <input type="checkbox"/> Filialleiter*in <input type="checkbox"/> Pharmazeut*in im Praktikum (PhiP) <input type="checkbox"/> Apotheker*in mit befristeter Berufserlaubnis	Name und Anschrift der Apotheke (Stempel):
Mitgliedsnummer: (falls bekannt)	
Anrede:	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/>
Titel:	
Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
PLZ / Wohnort:	
Straße / Nr.:	
Datum der Approbation / ausstellende Behörde:	
Beginn des Beschäftigungsverhältnisses (Datum):	
Ende des Beschäftigungsverhältnisses (Datum):	
wöchentliche Arbeitszeit in Stunden:	
Bei Mitteilung einer Änderung: Was hat sich geändert? (z.B. Wechsel in der Filial- leitung, wöchentl. Stundenzahl, Wechsel in einen anderen Betrieb [z.B. im Filialverbund], Mutter- schutz/Elternzeit, Renteneintritt, etc.) Datum, ab dem die Änderung wirksam wird:	

---

Datum, Unterschrift der Apothekenleiterin/des Apothekenleiter

