

# ANMELDUNG ALS KAMMERMITGLIED

(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

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Apotheker*in mit Beschäftigungsverhältnis | <i>Beschäftigung:</i>  | <i>tätig als:</i>                                   |
| <input type="checkbox"/> Pharmazeut*in im Praktikum (PhiP)         | <input type="checkbox"/> öffentliche Apotheke                  | <input type="checkbox"/> angestellte Mitarbeiter*in |
| <input type="checkbox"/> Apotheker*in mit Berufserlaubnis          | <input type="checkbox"/> Krankenhausapotheke                   | <input type="checkbox"/> Filialleiter*in            |
|  | <input type="checkbox"/> Wissenschaft, Industrie               | <input type="checkbox"/> Verwalter*in               |
|  | <input type="checkbox"/> Verwaltung, Standesorganisation       | <input type="checkbox"/> Apothekeninhaber*in        |
|  |  | <input type="checkbox"/> Amtsapotheker*in           |
| <input type="checkbox"/> Apotheker*in ohne Berufsausübung          | <input type="checkbox"/> mit Rentenbezug                       |   |
|  | <input type="checkbox"/> mit Bezug von Entgeltersatzleistungen |   |
|  | <input type="checkbox"/> ohne Bezüge                           |   |

## Wichtiger Hinweis:

Bitte der Anmeldung als Kammermitglied **eine Kopie der Approbationsurkunde** bzw. der Berufserlaubnis beifügen!

- Frau       Herr

.....  
Mitgliedsnummer (wird von der AKWL ausgefüllt)

.....  
Titel

.....  
Geburtsdatum

.....  
Name, Vorname

.....  
Geburtsort

.....  
ggf. Geburtsname, frühere/r Familienname/n

.....  
Staatsangehörigkeit

.....  
Straße, Hausnummer / App. / Whg.

.....  
Telefon / Fax

.....  
Adresszusatz (c/o)

.....  
Mobiltelefon

.....  
PLZ, Ort

.....  
E-Mail

.....  
Arbeitgeber / Ort

.....  
Eintrittsdatum

.....  
wöchentliche Stundenzahl



## Abfrage zum elektronischen Heilberufsausweis (HBA)

Wie viele Heilberufsausweise wurden an Sie ausgegeben? ..... Stück

Die Ausweisnummer(n) (ICCSN) lautet/lauten: ..... (Karte 1)

..... (Karte 2)

Ihr gewählter qualifizierter Vertrauensdiensteanbieter (qVDA)/Kartenproduzent

(Kartenproduzent) ..... (Karte 1)

(Kartenproduzent) ..... (Karte 2)

Ausstellende Kammer: .....

### Wichtiger Hinweis:

*Bei Beendigung der Kammermitgliedschaft hat sich das Mitglied bei der Apothekerkammer Westfalen-Lippe abzumelden und die neue berufliche und private Anschrift mitzuteilen (§ 1 Abs. 3 Meldeordnung der AKWL). Bei Wechsel in einen anderen Kammerbezirk hat sich das Mitglied bei der zuständigen Apothekerkammer anzumelden.*

### Weitere Angaben:

.....  
absolvierte Weiterbildung(en) / weitere Ausbildungen

.....  
Derzeitiges/Zukünftiges Beschäftigungsverhältnis im Kammerbezirk Westfalen-Lippe: Arbeitgeber/Betrieb (Name, Anschrift)  
für Pharmazeuten\*innen im Praktikum (PhiP): Arbeitgeber/Betrieb im ersten Teil des Praktischen Jahres (Name, Anschrift)

.....  
für Pharmazeuten\*innen im Praktikum (PhiP): Arbeitgeber/Betrieb im zweiten Teil des Praktischen Jahres (Name, Anschrift)

.....  
Beschäftigungsbeginn, wöchentliche Stundenzahl  
für Pharmazeuten\*innen im Praktikum (PhiP): Beginn und Ende für beide Praktikumsteile

ohne Berufsausübung / seit: .....

ggf. Grund angeben (z.B. Mutterschutz, Elternzeit, Rente, arbeitsuchend, etc.) .....

.....  
zusätzliche Tätigkeit(en) außerhalb des Kammerbezirks: Arbeitgeber/Betrieb (Name, Anschrift, wöchentliche Stundenzahl)

.....  
Existiert bereits eine Mitgliedschaft in einem Versorgungswerk? Wenn ja, bitte angeben.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift