

# ÄNDERUNGSMITTEILUNG

(Stand: März 2024)

per Fax: 0251 52005-85 oder E-Mail: [mitglieder@akwl.de](mailto: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)

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

Änderung des Namens (bitte Kopie der Stammbuchurkunde einreichen)

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

.....  
(Änderung)

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift)

