

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)