



Änderungsmitteilung

(gemäß § 1 Absatz Meldeordnung der Landesapothekerkammer Brandenburg)

Persönliche Daten	
Name*:	Vorname*:
Geburtsdatum*:	Mitgliedsnummer:

Änderung	
Datum der Änderung: _____	
<u>Art der Änderung</u>	
<input type="checkbox"/> Adressänderung	Neue Anschrift: _____
<input type="checkbox"/> Namensänderung ¹	Neuer Name: _____
<input type="checkbox"/> HBA	Ausweisnummer: _____
	Gültig bis: _____
	ausstellende Kammer: _____
	Anbieter: _____
<input type="checkbox"/> Änderung des Beschäftigungsumfangs	Wochenstunden: _____
<input type="checkbox"/> Arbeitsstättenwechsel	Neue Arbeitsstätte: _____
	Wochenstunden: _____
<input type="checkbox"/> Mehrere Arbeitsstätten	1. Arbeitsstätte: _____
	Wochenstunden: _____
	2. Arbeitsstätte: _____
	Wochenstunden: _____
<input type="checkbox"/> Elternzeit ²	von (ohne Mutterschutz): _____ bis: _____
<input type="checkbox"/> Ruhestand ³	Nicht mehr berufstätig seit: _____
<input type="checkbox"/> Arbeitslosigkeit	seit: _____ Bezug von Einkünften ⁴ : <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Ich versichere die Richtigkeit aller von mir gemachten Angaben. Mit der Unterschrift wird der Verarbeitung personenbezogener Daten durch die Landesapothekerkammer Brandenburg auf der Grundlage von Artikel 6 Absatz 1 lit. e) DSGVO zugestimmt.

Ort, Datum*	Unterschrift*
-------------	---------------

*Pflichtangabe

1 Eine Kopie der Urkunde über die Namensänderung ist als Anlage beizufügen.

2 Eine Kopie der Geburtsurkunde des Kindes und der Vereinbarung mit dem Arbeitgeber ist beizufügen.

3 Eine Kopie des Rentenausweises ist beizufügen.

4 Zu den Einkünften zählt auch der Bezug von Arbeitslosengeld.