



Abmeldung

Beendigung der Tätigkeit oder Aufgabe des Wohnsitzes im Land Brandenburg
(gemäß § 3 Absatz 3 HeilBerG)

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

Abmeldung	
Beendigung der Tätigkeit zum:	_____
Letzte Arbeitsstelle:	_____
Aufgabe des Wohnsitzes am:	_____
Neue Wohnanschrift	_____
Zukünftige Apothekerkammer:	_____
Anmeldung dort zum:	_____

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