

Landesapothekerkammer Thüringen | Thälmannstraße 6 | 99085 Erfurt

## MELDEBOGEN PHARMAZEUTIN/PHARMAZEUT IM PRAKTIKUM

Personen, die sich nach der Approbationsordnung für Apotheker in der praktischen pharmazeutischen Ausbildung in Thüringen befinden, können für diesen Zeitraum freiwilliges Mitglied der Landesapothekerkammer Thüringen werden.

- Anmeldung freiwillige Mitgliedschaft und Beitragsbefreiung       Abmeldung       Änderungsmeldung

### PERSÖNLICHE DATEN

Anrede:     Herr     Frau     \_\_\_\_\_

_____	_____	_____
Akademischer Grad	Vorname/Rufname	vollständiger Vorname
_____	_____	_____
Nachname	Geburtsname	Geburtsort
_____	_____	_____
Geburtsdatum	Geburtsland	Staatsangehörigkeit
_____	_____	_____
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort	Persönliche Telefonnummer

## E-MAIL UND ONLINE-KOMMUNIKATION

Im Rahmen der Kommunikation über das Portal [www.lakt.de](http://www.lakt.de) kommt Ihrer persönlichen E-Mail-Adresse eine wichtige Bedeutung zu. Jedem angemeldeten Nutzer unserer Website wird eine eindeutige E-Mail zugeordnet, das heißt, diese E-Mail gehört im System nur genau einer Person.

Da diese Mailadresse von uns genutzt wird, um Sie ganz persönlich anzusprechen, sollten Sie im Idealfall ein alleiniges Zugriffsrecht auf dieses E-Mail-Konto haben.

---

Persönliche E-Mail-Adresse

## ANGABEN ZUR PRAKTISCHEN AUSBILDUNG

---

Praktikumsstätte 1. Halbjahr (ggf. genaue Angabe Institut)	Ort	Zeitraum (von/bis Datum)
---	-----	--------------------------

---

Persönliche E-Mail (dienstlich)

---

Praktikumsstätte 2. Halbjahr (ggf. genaue Angabe Institut)	Ort	Zeitraum (von/bis Datum)
---	-----	--------------------------

---

Persönliche E-Mail (dienstlich)

### **FREIWILLIGE MITGLIEDSCHAFT / ANTRAG AUF BEITRAGSBEFREIUNG**

- Ich befinde mich in der praktischen pharmazeutischen Ausbildung nach der Approbationsordnung für Apotheker. Hiermit erkläre ich meinen freiwilligen Beitritt zur Landesapothekerkammer Thüringen gemäß § 2 Abs. 1 des Thüringer Heilberufegesetz (ThürHBG). Gleichzeitig stelle ich den Antrag auf Beitragsbefreiung gemäß § 3 Abs. 3 der Beitragsordnung der Landesapothekerkammer Thüringen.
- Mein 3. Staatsexamen absolviere ich voraussichtlich (Monat, Jahr): \_\_\_\_\_

### **MITGLIEDSCHAFT VERSORGUNGSWERK**

Mit der freiwilligen Kammermitgliedschaft profitieren Sie automatisch vom frühen Beitritt zur Sächsisch-Thüringischen Apothekerversorgung (STApV). Wir weisen darauf hin, dass der Sächsisch-Thüringischen Apothekerversorgung (STApV) grundsätzlich alle Mitglieder der Landesapothekerkammer Thüringen als Pflichtmitglieder angehören. Zu diesem Zweck leiten wir auf Grundlage des Staatsvertrags zwischen dem Freistaat Sachsen und dem Freistaat Thüringen sowie § 5a Abs. 3 Thüringer Heilberufegesetz über die gemeinsame berufsständische Versorgung der Mitglieder der Sächsischen Landesapothekerkammer und der Mitglieder der Landesapothekerkammer Thüringen Ihre persönlichen Daten sowie Ihre Angaben zur Arbeitsstätte dieses Meldebogens an die STApV weiter und informieren diese über künftige Änderungen dieser Daten.

### **ABSCHLUSSERKLÄRUNG**

Die freiwillige Mitgliedschaft endet grundsätzlich mit dem Ablauf der angegebenen Dauer der praktischen pharmazeutischen Ausbildung und spätestens mit Erteilung der Approbation. Eine Weiterführung der freiwilligen Mitgliedschaft über den angegebenen Zeitraum der praktischen pharmazeutischen Ausbildung hinaus, ist gegenüber der Landesapothekerkammer unter Angabe des Grundes bzw. der Ausbildungsstelle zu erklären. Ich informiere die Landesapothekerkammer über den Erhalt der Approbation.

Ich versichere die Richtigkeit aller von mir gemachten Angaben. Weiter versichere ich, jede Änderung in Bezug auf meine persönlichen Daten und meine praktische Tätigkeit, insbesondere Beginn und Ende dieser, unverzüglich mitzuteilen.

Die Landesapothekerkammer Thüringen ist im Sinne von § 16 ThürDSG nach § 2 Abs. 3, 4 ThürHBG in Verbindung mit der Meldeordnung der Landesapothekerkammer Thüringen sowie nach § 5a ThürHBG im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung nach § 5 ThürHBG zur Nutzung und Verarbeitung der personenbezogenen Daten berechtigt. Ich bestätige, dass ich die anliegenden Informationen zum Datenschutz gemäß Art. 13 DSGVO zur Kenntnis genommen habe.

---

Ort

Datum

Unterschrift