

Landesapothekerkammer Thüringen | Thälmannstraße 6 | 99085 Erfurt

## MELDEBOGEN APOTHEKERIN/APOTHEKER

- Anmeldung                       Abmeldung                       Änderungsmeldung
- Beitragsbefreiung

### PERSÖNLICHE DATEN

Beachten Sie, dass Ihre persönlichen Daten auf dem Meldebogen exakt mit denen aus dem Personalausweis übereinstimmen. Das bedeutet, dass jeder Vorname und jeder Umlaut bzw. jedes Sonderzeichen eingetragen werden müssen.

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

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

Sollten Sie im Besitz eines Heilberufsausweises sein, welcher von der LAKT ausgestellt wurde, benötigen wir im Falle einer Abmeldung auch Ihre zukünftige Meldeanschrift:

_____	_____
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort

## 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

## ELEKTRONISCHER HEILBERUFSAUSWEIS (HBA)

nicht vorhanden

*Sofern Sie beabsichtigen, innerhalb der nächsten drei Monate einen HBA zu beantragen, reichen Sie bitte eine amtlich beglaubigte Kopie von Ihrer Approbationsurkunde ein.*

*Die Beglaubigung darf nicht älter als drei Monate sein. Die Urkunde kann auch in der Urschrift oder in notariell beurkundeter Form in der Geschäftsstelle vorgelegt werden.*

vorhanden

---

Ausstellende Kammer

Beauftragter qVDA (Kartenhersteller)

---

Telematik-ID

---

Kartenummer/ICCSN

---

Gültig von

Gültig bis

Gibt es vorherige oder weitere bestehende Mitgliedschaften in einer anderen Apothekerkammer?  
Wenn ja, in welcher/welchen?

nein

ja

---

Name(n) der Apothekerkammer(n)

von - bis

## APPROBATION/PROMOTION/WEITERBILDUNG

---

Approbation erteilt von (Behörde)	Ausstellungsdatum
-----------------------------------	-------------------

*Für Ihre Anmeldung benötigt die Landesapothekerkammer eine Kopie Ihrer Approbationsurkunde.*

---

Akademischer Grad	Ausstellungsdatum
-------------------	-------------------

*Es werden nur in einem Promotionsverfahren oder gleichgestellt erworbene Doktorgrade berücksichtigt, die in Ihrem Personalausweis vermerkt sind. Bitte senden Sie uns eine Kopie Ihrer Promotionsurkunde zu.*

---

Weitergebildet zum/zur Fachapotheker/in für (Art der Weiterbildung)	Ausstellungsdatum
---	-------------------

*Bitte senden Sie uns eine Kopie Ihrer Weiterbildungsurkunde zu.*

## ANGABEN ZUR ARBEITSSTÄTTE/BESCHÄFTIGUNG

*Sollten Sie mehrere Arbeitsverhältnisse haben, geben Sie diese bitte vollständig an.*

### Bisherige Arbeitsstätte

---

Bezeichnung der Organisation	Straße, Hausnummer	Tätig von (Datum)
------------------------------	--------------------	-------------------

---

Funktion	PLZ, Ort	Tätig bis (Datum)
----------	----------	-------------------

*Beispielsweise: Apothekeninhaber/in, -pächter/in, -verwalter/in; Filialapothekenleiter/in; Approbierte/r Mitarbeiter/in, Leiter/in Krankenhaus-Apotheke; Apotheker/in ohne Anstellung*

### Neue Arbeitsstätte

---

Bezeichnung der Organisation	Straße, Hausnummer	Tätig von (Datum)
------------------------------	--------------------	-------------------

---

Funktion	PLZ, Ort	Tätig bis (Datum)
----------	----------	-------------------

### Weitere Arbeitsstätte

---

Bezeichnung der Organisation	Straße, Hausnummer	Tätig von (Datum)
------------------------------	--------------------	-------------------

---

Funktion	PLZ, Ort	Tätig bis (Datum)
----------	----------	-------------------

## ANTRAG AUF BEITRAGSBEFREIUNG

(Optional)

Gemäß § 3 Abs. 3 der Beitragsordnung der Landesapothekerkammer Thüringen kann eine Beitragsbefreiung beantragt werden:

- als Pharmazeut/in im Praktikum;
- als Apotheker/in, der/die ihren Lebensunterhalt aus einer Rente und keine Einkünfte aus einer Erwerbstätigkeit beziehen;
- als Apotheker/in, während der von ihnen beanspruchten Elternzeit;
- bei Bezug von Arbeitslosengeld, Sozialgeld oder Sozialhilfe.

Dem Antrag auf Beitragsbefreiung sind entsprechende **Nachweise** beizufügen (beispielsweise Bescheid über den Bezug von Elterngeld, Rente oder Arbeitslosengeld).

Der Antrag kann nicht rückwirkend gestellt werden.

- Hiermit stelle ich den Antrag auf Beitragsbefreiung gemäß § 3 Abs. 3 der Beitragsordnung der Landesapothekerkammer Thüringen.

Ich beantrage für den Zeitraum von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_  
eine Beitragsbefreiung, da ich:

- mich in Elternzeit befinde.  
voraussichtlicher Beginn: \_\_\_\_\_ voraussichtliches Ende: \_\_\_\_\_
- meinen Lebensunterhalt aus einer Rente und keine Einkünfte aus einer Erwerbstätigkeit beziehe (auch nicht stunden- oder vertretungsweise)
- derzeit Arbeitslosengeld, Sozialgeld oder Sozialhilfe beziehe.
- Den geforderten Nachweis lege ich diesem Antrag bei.       Den geforderten Nachweis reiche ich umgehend nach und bin mir bewusst, dass ohne Nachweis keine Bearbeitung erfolgen kann.

**Ich informiere die Landesapothekerkammer umgehend, sobald der angegebene Grund für die Beitragsbefreiung nicht mehr gegeben ist.**

### **MITGLIEDSCHAFT VERSORGENGSWERK**

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**

Ich versichere die Richtigkeit aller von mir gemachten Angaben.

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 der Apothekerin/des Apothekers
-----	-------	---

---

Ort	Datum	Unterschrift Leiterin/Leiter der Einrichtung <sup>1</sup>
-----	-------	---

---

<sup>1</sup> Nach § 2 der Meldeordnung hat jede Apothekenleitung innerhalb von 14 Tagen den Beginn oder die Beendigung eines Arbeits- oder Ausbildungsverhältnisses schriftlich mitzuteilen. Hat sich ein/e Kammerangehörige/r bereits selbst mit Gegenzeichnung der Apothekenleitung gemeldet, so entfällt die Meldepflicht der Apothekenleitung für diese/n.

