

# M e l d u n g

## über die Aufnahme eines Aspiranten

Vor- und Zuname: .....

Geburtsdatum und Geburtsort: .....

Staatsbürgerschaft: .....

Wohnadresse: .....

E-mail: ..... Tel. ....

Ort und Tag der Erlangung des Magisterdiploms: .....

Tag des beabsichtigten Eintritts: ..... im Dienstaussmaß:.....

Bezeichnung der Apotheke, in welcher die Ausbildung erfolgen soll:

.....

Ausbildungsverantwortliche/r<sup>1</sup>:.....

.....  
Unterschrift des Aspiranten

.....  
Unterschrift des Apothekenleiters

Der Aspirant gibt für die Überweisung seiner Gehaltskassenbezüge folgende Bankverbindung bekannt:

KONTOINHABER:.....

IBAN: ..... BIC: .....

### Von der Landesgeschäftsstelle auszufüllen:

Die Landesgeschäftsstelle bestätigt die Einstellung der Aspirantin/des Aspiranten sowie die Eignung des Apothekenbetriebes und der/des Ausbildungsverantwortlichen.

Datum: .....

.....  
Unterschrift und Stampiglie der zuständigen Landesgeschäftsstelle

<sup>1</sup> Wird kein allgemein berufsberechtigter Apotheker als Ausbildungsverantwortlicher namhaft gemacht, ist dies automatisch der Apothekenleiter (§ 4 Abs. 2 Pharmazeutische Fachkräfteverordnung).

Die Meldung ist spätestens eine Woche vor Eintritt des Aspiranten der zuständigen Landesgeschäftsstelle zu übermitteln.