

Versorgungswerk der  
Landesapothekerkammer Hessen  
Postfach 90 06 43  
60446 Frankfurt

Mitgl.-Nr.:
Mitgl.-Gruppe:
Beginn:

(wird vom Versorgungswerk ausgefüllt)

## Anmeldebogen für Pharmazeuten im Praktikum

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Geschlecht: weiblich ( ) männlich ( )

Privatanschrift:

\_\_\_\_\_

Tel.: (privat) \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### **Angaben zur Beschäftigung**

Name Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

seit\* \_\_\_\_\_ \* Geben Sie bitte den Vertragsbeginn an.

Beantragen Sie Befreiung von der Versicherungspflicht gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI zu Gunsten des Versorgungswerkes der LAK Hessen?

( ) Nein

( ) Ja (bitte beigefügten Antrag ausgefüllt zurücksenden!)

Sind oder waren Sie Mitglied in einem anderen Versorgungswerk? ja (  ) nein (  )

Wenn ja, bei welchem? \_\_\_\_\_

Mitglied seit: \_\_\_\_\_ Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Wenn der Mitgliedschaftszeitraum unter 60 Monaten liegt, haben Sie die Möglichkeit der Überleitung. Bitte beachten Sie, dass der Antrag innerhalb von drei Monaten ab Beschäftigungsbeginn bei unserem Versorgungswerk vorliegen muss.

Ich beantrage die Überleitung: (  ) ja; Antrag liegt bei. (  ) nein

Ich versichere die Richtigkeit der hier gemachten Angaben.

Rechtsgrundlage für die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten ist § 3 Hessisches Datenschutz- und Informationsfreiheitsgesetz (HDSIG).

\_\_\_\_\_  
Datum/Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Versicherungsnummer
---------------------

Kennzeichen
5 0 1 1

Eingangsstempel (Rentenversicherungsträger)
---

**Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht  
in der gesetzlichen Rentenversicherung**  
(§ 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 des Sechsten Buches des  
Sozialgesetzbuches - SGB VI)

Mitgliedsnummer des Versorgungswerks
--------------------------------------

Eingangsstempel des Versorgungswerks
--------------------------------------

Anschrift des Versorgungswerks

Anschrift des Versorgungswerks
--------------------------------

Weitergabe  
an →

Deutsche Rentenversicherung Bund 10704 Berlin
--

**1 Angaben zur Person**

Name		Vorname (Rufname)	
Geburtsname		frühere Namen	
Geburtsdatum	Geschlecht	Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis)	
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		
Geburtsort (Kreis, Land)			
Straße, Hausnummer		telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	
Postleitzahl	Wohnort	Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)	

**2 Angaben zur ausgeübten Erwerbstätigkeit**

2.1 Bitte geben Sie Ihre Berufsgruppe an

Arzt                       Tierarzt                       Zahnarzt  
 Steuerberater               Wirtschaftsprüfer  
 Apotheker                       Architekt                       sonstige

2.2 Bitte machen Sie Angaben zur ausgeübten Erwerbstätigkeit.

Ich bin in der zu befreienden Tätigkeit abhängig beschäftigt.

Beginn der abhängigen Beschäftigung

genaue Bezeichnung der Tätigkeit laut Arbeitsvertrag

Angabe der Betriebsnummer des Arbeitgebers

Falls die Betriebsnummer nicht bekannt ist, bitte die vollständige Anschrift und Name des Arbeitgebers angeben.

Name

Straße, Hausnummer

Postleitzahl              Wohnort

Versicherungsnummer
---------------------

Kennzeichen
5 0 1 1

Mitgliedsnummer des Versorgungswerks
--------------------------------------

**noch Ziffer 2.2**

<input type="checkbox"/>	Ich bin in der zu befreienden Tätigkeit selbständig tätig.		
<table border="1"><tr><td>Beginn der selbständigen Tätigkeit</td></tr></table>	Beginn der selbständigen Tätigkeit		
Beginn der selbständigen Tätigkeit			
genaue Beschreibung der Tätigkeit			
Auftraggeber (Name)			
Straße, Hausnummer			
<table border="1"><tr><td>Postleitzahl</td></tr></table>	Postleitzahl	<table border="1"><tr><td>Wohnort</td></tr></table>	Wohnort
Postleitzahl			
Wohnort			
Bitte den Bescheid über die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung beifügen.			

<b>3</b>	<b>Angaben zum Beginn der Befreiung</b>
Beantragen Sie den Beginn der Befreiung zu einem späteren als den frühestmöglichen Zeitpunkt?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	gewünschter Beginn der Befreiung

<b>4</b>	<b>Angaben zur Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Kammer</b>	
Ich bin aufgrund gesetzlicher Verpflichtung Mitglied einer berufsständischen Kammer.		
Name der berufsständischen Kammer		
<table border="1"><tr><td>Beginn der Pflichtmitgliedschaft</td></tr></table>	Beginn der Pflichtmitgliedschaft	
Beginn der Pflichtmitgliedschaft		
Bei Befreiungsanträgen von Syndikussteuerberatern: Bitte fügen Sie eine Bestätigung Ihrer Steuerberaterkammer bei, dass eine berufsrechtlich zulässige Beschäftigung nach § 58 Satz 2 Nr. 5a Steuerberatungsgesetz vorliegt.		

<b>5</b>	<b>Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers</b>
Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Antrag nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.	
Ort, Datum	Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

Versicherungsnummer

Kennzeichen  
5 0 1 1

Mitgliedsnummer des Versorgungswerks

**6 Erklärung des Versorgungswerks**

**Bestätigung der Kammerpflichtmitgliedschaft**

Name der berufsständischen Kammer

Der Antragsteller ist aufgrund gesetzlicher Verpflichtung Mitglied der \_\_\_\_\_  
Die Pflichtmitgliedschaft in dieser Kammer bestand für die Berufsgruppe am Beschäftigungsort bereits vor dem 01.01.1995.  
Die Pflichtmitgliedschaft des Antragstellers beruht nicht auf einer die Befreiung ausschließenden Erweiterung des Kreises der Pflichtmitglieder der Kammer.

**Bestätigung der Pflichtmitgliedschaft im Versorgungswerk**

Für den Antragsteller besteht in unserem Versorgungswerk

BVNR \_\_\_\_\_ eine

Pflichtmitgliedschaft kraft Gesetzes seit

Datum

auf Antrag fortgesetzte Mitgliedschaft seit

Datum

**Bestätigung der Beitragszahlung**

Es wird bestätigt, dass ab Beginn der Befreiung nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI für Zeiten, für die ohne diese Befreiung Beiträge an die gesetzliche Rentenversicherung zu zahlen wären, einkommensbezogene Pflichtbeiträge analog §§ 157 ff. SGB VI zu zahlen sind.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Versorgungswerks

## Auszugsweiser Wortlaut der Gesetzestexte

### § 6 SGB VI

#### Befreiung von der Versicherungspflicht

(1) Von der Versicherungspflicht werden befreit

1. Beschäftigte und selbständig Tätige für die Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit, wegen der sie aufgrund einer durch Gesetz angeordneten oder auf Gesetz beruhenden Verpflichtung Mitglied einer öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtung oder Versorgungseinrichtung ihrer Berufsgruppe (berufsständische Versorgungseinrichtung) und zugleich kraft gesetzlicher Verpflichtung Mitglied einer berufsständischen Kammer sind, wenn
  - a) am jeweiligen Ort der Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit für ihre Berufsgruppe bereits vor dem 1. Januar 1995 eine gesetzliche Verpflichtung zur Mitgliedschaft in der berufsständischen Kammer bestanden hat,
  - b) für sie nach näherer Maßgabe der Satzung einkommensbezogene Beiträge unter Berücksichtigung der Beitragsbemessungsgrenze zur berufsständischen Versorgungseinrichtung zu zahlen sind und
  - c) aufgrund dieser Beiträge Leistungen für den Fall verminderter Erwerbsfähigkeit und des Alters sowie für Hinterbliebene erbracht und angepasst werden, wobei auch die finanzielle Lage der berufsständischen Versorgungseinrichtung zu berücksichtigen ist,

2. - 4. ...

(1a - 1b) ...

(2) Die Befreiung erfolgt auf Antrag des Versicherten, in den Fällen des Absatzes 1 Nr. 2 und 3 auf Antrag des Arbeitgebers.

(3) Über die Befreiung entscheidet der Träger der Rentenversicherung, nachdem in den Fällen

1. des Absatzes 1 Nr. 1 die für die berufsständische Versorgungseinrichtung zuständige oberste Verwaltungsbehörde,
2. ...

das Vorliegen der Voraussetzungen bestätigt hat. ...

(4) Die Befreiung wirkt vom Vorliegen der Befreiungsvoraussetzungen an, wenn sie innerhalb von drei Monaten beantragt wird, sonst vom Eingang des Antrags an. ...

(5) Die Befreiung ist auf die jeweilige Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit beschränkt. Sie erstreckt sich in den Fällen des Absatzes 1 Nr. 1 und 2 auch auf eine andere versicherungspflichtige Tätigkeit, wenn diese infolge ihrer Eigenart oder vertraglich im Voraus zeitlich begrenzt ist und der Versorgungsträger für die Zeit der Tätigkeit den Erwerb einkommensbezogener Versorgungsanswartschaften gewährleistet.

### § 172a SGB VI

#### Beitragszuschüsse des Arbeitgebers für Mitglieder berufsständischer Versorgungseinrichtungen

Für Beschäftigte, die nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 von der Versicherungspflicht befreit sind, zahlen die Arbeitgeber einen Zuschuss in Höhe der Hälfte des Beitrags zu einer berufsständischen Versorgungseinrichtung, höchstens aber die Hälfte des Beitrags, der zu zahlen wäre, wenn die Beschäftigten nicht von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit worden wären.

# Überleitungsantrag

1. Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

2. Im Bereich der neu zuständigen Versorgungseinrichtung

berufstätig seit: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber bzw. Name der Apotheke: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

3. Im Bereich der bisher zuständigen Versorgungseinrichtung zuletzt berufstätig

bis: \_\_\_\_\_

4. Mitglied der \_\_\_\_\_  
(bisherige Versorgungseinrichtung)

gewesen vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Mitgl.-Nr.: \_\_\_\_\_

Voraussichtlich mindestens 3 Monate im Bereich der neu zuständigen  
Versorgungseinrichtung tätig? ja ( ) nein ( )

5. Ausschlussgründe

Ich habe bei der seitherigen Versorgungseinrichtung eine Mitgliedschaftszeit von mehr als 60 Monaten zurückgelegt. Evtl. frühere Überleitungen sind in die Mitgliedschaftszeit mit einzubeziehen. ( ) ja ( ) nein

Meine Ansprüche gegenüber der seitherigen Versorgungseinrichtung sind ganz oder teilweise abgetreten, verpfändet oder gepfändet. ( ) ja ( ) nein

Ich habe zum Zeitpunkt der Beendigung der Mitgliedschaft in der seitherigen Versorgungseinrichtung einen Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente gestellt oder bin berufsunfähig. ( ) ja ( ) nein

Ich beziehe von der seitherigen Versorgungseinrichtung Versorgungsleistungen.  
( ) ja ( ) nein

Ein Versorgungsausgleichsverfahren ist eingeleitet oder abgeschlossen.  
( ) ja ( ) nein

Sollte eine der Fragen unter Punkt 5 mit ja zu beantworten sein, ist eine Überleitung gem. § 17 Abs. 3 der Satzung des Versorgungswerkes der Landesapothekerkammer Hessen ausgeschlossen!

Ich beantrage hiermit, meine bisher an die vorgenannte Versorgungseinrichtung geleisteten Beiträge an das Versorgungswerk der Landesapothekerkammer Hessen überzuleiten.

Ich versichere, dass ich zum Zeitpunkt der Beschäftigungsaufnahme im Kammerbereich Hessen keinen Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente gestellt habe und nicht berufsunfähig war sowie die Richtigkeit der hier gemachten Angaben.

Rechtsgrundlage für die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten ist § 3 Hessisches Datenschutz- und Informationsfreiheitsgesetz (HDSIG).

---

(Ort/Datum)

(Unterschrift)

Dieser Antrag ist bei der neu zuständigen Versorgungseinrichtung mit einer Frist von drei Monaten ab Aufnahme der Tätigkeit einzureichen!



# Mitgliederinformation zur Datenverarbeitung

des Versorgungswerkes der Landesapothekerkammer Hessen

## Welche Daten werden von Ihnen erhoben?

Wir erheben personenbezogene Daten gemäß Art. 4 DS-GVO und besondere personenbezogene Daten gemäß Art. 9 DS-GVO. Die Erhebung der Daten erfolgt aufgrund gesetzlicher Grundlage gemäß § 3 Abs. 1 HDSIG (Hessisches Datenschutz- und Informationsfreiheitsgesetz). Rechtliche Grundlage zur Datenerhebung ist § 2 und § 5 a HeilbG in Verbindung mit der Satzung des Versorgungswerkes. Insoweit ist die Bereitstellung Ihrer Daten gesetzlich vorgeschrieben. Die Speicherung der E-Mail Adresse kann bei Bedarf für den Versand von Rundmails genutzt werden. Bei Nichtbereitstellung der Daten kann Ihr Anliegen nicht bearbeitet werden.

Im Versorgungswerk werden weiterhin Daten zu Name, Anschrift des Arbeitgebers und Einkommen sowie weitere Sozialdaten gespeichert. Dadurch können Beiträge erhoben und die gesetzlich vorgeschriebenen Meldeverfahren durchgeführt werden. Ebenfalls kann hierdurch das Befreiungsverfahren von der Deutschen Rentenversicherung durchgeführt werden.

Die Erhebung besonderer Kategorien personenbezogener Daten im Rahmen der Beantragung einer Berufsunfähigkeitsrente oder Zuschüsse zu Reha-Maßnahmen erfolgen aufgrund von § 20 Abs. 1 HDSIG. Für die entsprechenden Anträge werden besondere personenbezogene Daten nach Art. 9 DS-GVO erhoben. Hierzu zählen die Einholung von medizinischen Gutachten und Attesten.

Bei den Anträgen auf Renten werden Daten zur Krankenversicherung erhoben und gespeichert. Weiterhin werden im Rahmen von Versorgungsausgleichsverfahren Daten zur Abwicklung des Verfahrens und zur Auskunft an das zuständige Gericht erhoben, gespeichert und im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften an die zuständigen Stellen weitergegeben.

Für die Erhebung der Bankverbindung wird eine gesonderte Einwilligungserklärung (SEPA-Lastschriftmandat) erhoben und gespeichert.

Alle Daten werden im zentralen elektronischen Bestandsführungssystem des Versorgungswerkes und in der jeweiligen Mitgliedsakte gespeichert.

## Wer hat Einsicht / Zugriff auf die Daten?

Einsicht in diese Daten haben die Mitarbeiter des Versorgungswerkes der Landesapothekerkammer Hessen sowie die Geschäftsführung.

Zugriff auf diese Daten, um diese zu verändern, haben nur die Mitarbeiter des Versorgungswerkes und die Geschäftsführung.

Die Daten werden nur, soweit erforderlich, im Rahmen einer bestehenden Auftragsdatenverarbeitung an verschiedene Auftragsdatenverarbeiter weitergegeben. Diese sind zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen verpflichtet.

## Weitergabe der Daten an Dritte?

Außerhalb der Auftragsdatenverarbeitung werden die Daten der Mitglieder zwischen Versorgungswerk und Landesapothekerkammer Hessen gemäß § 5 Abs. 4 HeilbG ausgetauscht. Hierbei werden keine Gesundheitsdaten im Rahmen der Verfahren zu Berufsunfähigkeitsrenten oder für Zuschüsse zu Reha-Maßnahmen übermittelt. Daten von Empfängern von Hinterbliebenenrenten, die keine Mitglieder der Landesapothekerkammer Hessen sind, werden von dieser Datenübermittlung gleichfalls nicht erfasst.

Bei der Berechnung der Renten werden die entsprechenden Daten des Mitgliedes an den Versicherungsmathematiker zur Berechnung der Anwartschaft und Renten gegeben.

Des Weiteren erfolgt im Einzelfall eine Datenweitergabe an Gerichte im Rahmen eines laufenden Scheidungsverfahrens zur Versorgungsausgleichsberechnung. Die Berechnung und Prüfung dieser Daten erfolgt gleichfalls durch den Versicherungsmathematiker. Im Rahmen dieses Verfahrens werden auch Daten von Personen, die zu diesem Zeitpunkt nicht Mitglied des Versorgungswerkes sind oder eine Anwartschaft auf Rente besitzen, im gesetzlich erforderlichen Rahmen erhoben, gespeichert und verarbeitet.

Daten werden weiterhin im Rahmen von Vollstreckungsmaßnahmen an die zuständige Vollstreckungsstelle, der entsprechenden Stadtkasse, zur Vollstreckung von Schulden gegenüber dem Versorgungswerk der Landesapothekerkammer Hessen weitergegeben. Ebenso erfolgt, soweit erforderlich, ein Datenaustausch mit dem Insolvenzverwalter und dem Insolvenzgericht.

Des Weiteren werden die Daten an alle Dritte weitergegeben, die ein gesetzliches Auskunftsrecht haben und denen gegenüber das Versorgungswerk der Landesapothekerkammer Hessen meldepflichtig ist. Hierzu zählen die Meldestellen der Krankenkassen und weitere Leistungserbringer der Sozialversicherungssysteme. Die Übermittlung dieser besonderen personenbezogenen Daten richtet sich nach §§ 20 ff. HDSIG.

Darüber hinaus werden die Daten nicht an Dritte weitergegeben. Eine Datenübermittlung an Stellen in Staaten außerhalb der EU bzw. des EWR (sogenannte Drittländer) findet nicht statt.

### **Wie lange werden die Daten gespeichert?**

Die personenbezogenen Daten sowie im Rahmen der Renten die besonderen personenbezogenen Daten werden gelöscht oder gesperrt, sobald der Zweck der Speicherung entfällt. Eine Speicherung kann darüber hinaus erfolgen, wenn dies durch den europäischen oder nationalen Gesetzgeber vorgesehen wurde. Grundlage hierfür ist, neben der DS-GVO auch das Hessische Datenschutz- und Informationsfreiheitsgesetz (HDSIG) sowie bestimmte Aufbewahrungs- und Dokumentationspflichten, denen das Versorgungswerk der Landesapothekerkammer Hessen unterliegt. Gemäß Art. 17 DS-GVO in Verbindung mit § 34 HDSIG werden die Daten auf Verlangen gelöscht, sofern keine gesetzlichen Aufbewahrungspflichten bestehen.

### **Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung**

Es besteht das Recht gemäß Art. 15 DS-GVO in Verbindung mit den Einschränkungen aus § 33 HDSIG unentgeltlich Auskunft über Ihre gespeicherten Daten zu erhalten. Nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen können Sie die Berichtigung oder Löschung oder die Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten verlangen.

### **Fragen oder Beschwerden**

Sie haben das Recht, sich bei Fragen oder Beschwerden an die zuständige Aufsichtsbehörde zu wenden. Diese ist der Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit, Gustav-Stresemann-Ring 1, 65189 Wiesbaden.

### **Widerspruchsrecht**

Gemäß Art. 21 DS-GVO in Verbindung mit § 35 HDSIG besteht jederzeit das Recht gegen die Verarbeitung der personenbezogenen Daten zu widersprechen. Der Widerspruch kann formfrei erfolgen und sollte an folgende Adresse gerichtet werden:

Versorgungswerk der Landesapothekerkammer Hessen  
Kuhwaldstraße 46  
60486 Frankfurt am Main

### **Kontaktdaten**

Mit Ihren Anträgen und Rechten rund um Ihre Daten können Sie sich direkt an uns bzw. an unsere Datenschutzbeauftragte wenden.

Datenschutzbeauftragte des Versorgungswerkes der Landesapothekerkammer Hessen:

RAin Julia Faour  
Kuhwaldstraße 46  
60486 Frankfurt am Main

An die  
Landesapothekerkammer Hessen  
Postfach 90 06 43  
60446 Frankfurt am Main

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

(wird von der LAK ausgefüllt)

## **Antrag zur freiwilligen Mitgliedschaft**

### **I. Angaben zur Person**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr. : \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

2. Staatsexamen  
bestanden am: \_\_\_\_\_

Universität: \_\_\_\_\_

### **II. Angaben zum Ausbildungsbetrieb**

#### **1. Halbjahr:**

Name und Anschrift des Beschäftigungsbetriebes:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Praktikum in o. g. Betrieb von\*: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

#### **2. Halbjahr (falls abweichend):**

Name und Anschrift des Beschäftigungsbetriebes:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Praktikum in o. g. Betrieb von\*: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

\*Geben Sie bitte den **Vertragsbeginn** an.

**Bitte beachten:**

Die Aufnahme als freiwilliges Mitglied erfolgt zu Beginn Ihres Pharmaziepraktikums in Hessen, sofern der Antrag innerhalb von drei Monaten nach Beschäftigungsbeginn bei uns eingegangen ist. Anderenfalls kann die Aufnahme frühestens ab Eingangsdatum des Antrages bei der Landesapothekerkammer Hessen erfolgen.

Rechtsgrundlage für die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten ist § 3 Hessisches Datenschutz- und Informationsfreiheitsgesetz (HDSIG).

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

# Mitgliederinformation zur Datenverarbeitung der Landesapothekerkammer Hessen

## Welche Daten werden von Ihnen erhoben?

Wir erheben personenbezogene Daten gemäß Art. 4 DS-GVO und besondere personenbezogene Daten gemäß Art. 9 DS-GVO. Die Erhebung und Verarbeitung der Daten erfolgt auf gesetzlicher Grundlage gemäß § 3 Abs. 1 HDSIG (Hessisches Datenschutz- und Informationsfreiheitsgesetz) und/oder aufgrund einer Einwilligung. Rechtliche Grundlage zur Datenerhebung ist §§ 2 und 5 ff. HeilbG in Verbindung mit § 2 der Meldeordnung der Landesapothekerkammer Hessen (LAK Hessen). Insoweit ist die Bereitstellung Ihrer Daten gesetzlich vorgeschrieben. Die Speicherung der E-Mail Adresse wird u.a. für den Versand von Rundmails und der Versendung des amtlichen Mitteilungsblattes (LAK aktuell) genutzt. Bei Nichtbereitstellung der Daten dürfen die bereits vorliegenden Daten nicht mehr von uns verarbeitet werden, dies kann sich dann aber auf die Bearbeitung Ihrer Mitgliedschaft bzw. Ihres Anliegens auswirken.

In der Mitgliederverwaltung der Kammer werden folgende Daten, die Sie persönlich identifizieren, erhoben:

- Vorname und Familienname,
- Geburtsdatum und Geburtsort,
- Geschlecht,
- bei Selbständigen Name und Anschrift der Apotheke oder des Unternehmens mit Telefonnummer,
- Faxnummer und E-Mailadresse,
- bei Angestellten Name und Anschrift des Arbeitgebers und ggf. Beschäftigungsstatus als Filialapotheker,
- Privatanschrift mit Telefonnummer, Faxnummer und E-Mailadresse,
- Staatsangehörigkeit,
- Akademischer Grad oder Titel,
- Zeitpunkt der Aufnahme der pharmazeutischen Tätigkeit.

Zudem ist jedes Mitglied verpflichtet folgende Unterlagen einzureichen:

- Approbationsurkunde in Kopie,
- Berufserlaubnis in Kopie.

Zudem werden Daten zum Umsatz der Apotheke und bei den Angestellten zur Anzahl der vertraglichen Wochenarbeitszeit in der Apotheke abgefragt. Der Umsatz der Apotheke dient der Beitragsbemessung nach § 3 in Verbindung mit der Beitragstabelle der Beitragsordnung der Landesapothekerkammer Hessen. Die Anzahl der Stunden dient als Bemessungsgrundlage für den Beitrag für die LAK Hessen gemäß § 4 Beitragsordnung. Die besonderen personenbezogenen Daten werden für die Beitragsbefreiung nach § 5 Beitragsordnung erhoben.

Bei Angestellten außerhalb der öffentlichen Apotheke und der Krankenhausapotheke werden Stellenbeschreibungen eingefordert, um die Rechtmäßigkeit der Mitgliedschaft in der LAK Hessen zu überprüfen.

Im Rahmen der Fort- und Weiterbildung werden personenbezogene Daten erhoben, um die Teilnahme an den Veranstaltungen zu ermöglichen und zu organisieren, um zu informieren und um hinterher eine Teilnahmebescheinigung zu erstellen. Zudem werden u.a. die Fachsprachen- und Kenntnisstandprüfungen und die begleitenden Unterrichtsveranstaltungen durch die LAK Hessen organisiert und durchgeführt. Die LAK Hessen ist darüber hinaus für die vollständige Ausbildung der Pharmazeutisch-Kaufmännischen Angestellten (PKA) zuständig und in diesem Zusammenhang mit der Speicherung der Daten der Ausbildungsstätten betraut.

Für die Erhebung der Bankverbindung wird eine gesonderte Einwilligungserklärung (SEPA-Lastschriftmandat erhoben).

Alle Daten werden im zentralen elektronischen Bestandsführungssystem der Landesapothekerkammer Hessen und in der jeweiligen Mitgliedsakte gespeichert.

## Wer hat Einsicht / Zugriff auf die Daten?

Einsicht in diese Daten haben die Mitarbeiter der Landesapothekerkammer Hessen sowie die Geschäftsführung.

Zugriff auf diese Daten, um diese zu verändern, haben nur die Mitarbeiter der jeweiligen Fachabteilung und die Geschäftsführung.

Die Daten werden nur, soweit erforderlich, im Rahmen einer bestehenden Auftragsdatenverarbeitung an verschiedene Auftragsdatenverarbeiter weitergegeben. Diese sind zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen verpflichtet.

## Weitergabe der Daten an Dritte?

Außerhalb der Auftragsdatenverarbeitung werden die Daten der Mitglieder zwischen Versorgungswerk und Landesapothekerkammer Hessen gemäß § 5 Abs. 4 HeilbG ausgetauscht.

Die Daten werden im Rahmen von Vollstreckungsmaßnahmen an die jeweilige zuständige Vollstreckungsstelle, der entsprechenden Stadtkasse, zur Vollstreckung von Schulden gegenüber der Landesapothekerkammer Hessen und des Versorgungswerkes der

Landesapothekerkammer Hessen weitergegeben. Ebenso erfolgt ein Datenaustausch mit dem Insolvenzverwalter und dem Insolvenzgericht.

Des Weiteren werden die Daten an alle Dritte weitergegeben, die ein gesetzliches Auskunftsrecht haben und denen gegenüber die Landesapothekerkammer Hessen meldepflichtig ist.

Apothekenbezogene Daten (Name, Anschrift und Telefonaten der Apotheke) werden im Rahmen der Notdienstplanung an den Diensteanbieter weitergegeben. Hierbei werden diese Daten verwendet um die Erreichbarkeit der Apotheke während des Notdienstes durch Dritte (insbesondere Ärzte und Patienten) zu gewährleisten.

Darüber hinaus werden die Daten nicht an Dritte weitergegeben. Eine Datenübermittlung an Stellen in Staaten außerhalb der EU bzw. des EWR (sogenannte Drittländer) findet nicht statt.

### **Wie lange werden die Daten gespeichert?**

Die personenbezogenen Daten sowie die besonderen personenbezogenen Daten im Rahmen der Beitragsbefreiungen werden gelöscht oder gesperrt, sobald der Zweck der Speicherung entfällt. Eine Speicherung kann darüber hinaus erfolgen, wenn dies durch den europäischen oder nationalen Gesetzgeber vorgesehen wurde. Grundlage hierfür ist, neben der DS-GVO auch das Hessische Datenschutz- und Informationsfreiheitsgesetz (HDSIG) sowie bestimmte Aufbewahrungs- und Dokumentationspflichten, denen die Landesapothekerkammer Hessen unterliegt. Gemäß Art. 17 DS-GVO in Verbindung mit § 34 HDSIG werden die Daten auf Verlangen gelöscht, sofern keine gesetzlichen Aufbewahrungspflichten bestehen.

### **Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragung**

Es besteht das Recht gemäß Art. 15 DS-GVO in Verbindung mit den Einschränkungen aus § 33 HDSIG unentgeltlich Auskunft über Ihre gespeicherten Daten zu erhalten. Nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen können Sie die Berichtigung oder Löschung oder die Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten verlangen. Ferner haben Sie das Recht, die Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu erhalten und diese an einen Dritten zu übermitteln.

### **Fragen oder Beschwerden**

Sie haben das Recht sich bei Fragen oder Beschwerden an die zuständige Aufsichtsbehörde zu wenden. Diese ist der Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit, Gustav-Stresemann-Ring 1, 65189 Wiesbaden.

### **Widerspruchsrecht**

Gemäß Art. 21 DS-GVO in Verbindung mit § 35 HDSIG besteht jederzeit das Recht gegen die Verarbeitung der personenbezogenen Daten zu widersprechen.

### **Widerrufsrecht**

Darüber hinaus besteht das Recht eine erteilte Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung Ihrer Daten bis zum Widerruf bleibt von einem Widerruf unberührt.

Der Widerspruch und der Widerruf können formfrei erfolgen und sollten an folgende Adresse gerichtet werden:

Landesapothekerkammer Hessen  
Lise-Meitner-Straße 4  
60486 Frankfurt am Main

### **Kontaktdaten**

Mit Ihren Anträgen und Rechten rund um Ihre Daten können Sie sich direkt an uns bzw. an unsere Datenschutzbeauftragte wenden.

Datenschutzbeauftragte der Landesapothekerkammer Hessen:

RAin Julia Faour  
Lise-Meitner-Straße 4  
60486 Frankfurt am Main