Beitrittserklärung zur Apothekerkammer Nordrhein

(für Pharmazeuten im Praktikum)

Hiermit erkläre ich meinen freiwilligen Beitritt zur Apothekerkammer Nordrhein

Eintrittsdatum

Mitgliedsnummer (frei lassen, füllen wir aus)

Name

Geburtsname

Vorname

Straße/Postfach

Postleitzahl

Ort

Geburtsdatum

Geburtsort

Geburtsland

Telefon

Mobilfunk

E-Mailadresse

2. Staatsexamen (Datum letzter Prüfungstag)

Geschlecht ☐ m=männlich w=weiblich d=divers

Staatsangehörigkeit

jetzige

frühere

Feld bitte freilassen

Ausbildungsort

Arbeitgeber

Name u. Vorname Apothekenleiter/in

Straße/Postfach

Postleitzahl

Ort

Ausbildung von:

Ausbildung bis:

1. Halbjahr ☐ 2. Halbjahr ☐ 1.+ 2. Halbjahr ☐

Für die Richtigkeit der vorstehenden Angaben:

_____ ,den _____ _____

(Ort) (Datum) (Unterschrift)