

Beitrittsgesuch

(Bitte in Blockschrift ausfüllen und an den Verband zurücksenden)

Ich beantrage bei pharmaSuisse, Schweizerischer Apothekerverband beizutreten:

Name/Vorname Herr Frau Titel

Geburtsdatum/Staatsangehörigkeit

Privat-Adresse/Postfach

PLZ/Wohnort

Privat-Telefon/Telefax/Natel/

E-Mail

Ausbildung

Wo

Wann

Ich bin im..... Semester

Eidg.Staatsexamen „eidg.dipl.ApothekerIn“

Staatsexamen im Ausland (**Kopie** Staatsexamen und **Kopie Anerkennung** des ausländischen Diploms durch den leitenden Ausschuss für die eidgenössische Medizinalprüfung beilegen)

Doktorexamen (**Kopie Diplom** beilegen)

Sonstige Ausbildungen

Aktuelle Tätigkeit

Wo

Seit

StudentIn + **Kopie Legiausweis** Universität

AssistentIn / DoktorandI Professor.....
+ Kopie Legiausweis

Angestellte/r ApothekerIn Apotheke.....

VerwalterIn einer Apotheke.....

Apotheken-BesitzerIn einer Apotheke.....

Industrie-ApothekerIn, Firma/Funktion

Amts-/SpitalApothekerIn, Institution/Funktion

Gelegentliche Vertretungen

„Ich habe die Statuten und die Standesordnung des Verbandes sowie die entsprechenden Reglemente erhalten, von deren Inhalt Kenntnis genommen und verpflichte mich, die entsprechenden Mitgliedspflichten zu erfüllen“.

Bemerkungen.....

Ort/Datum..... **Unterschrift**