

Beitrittsgesuch

(Bitte direkt am PC ausfüllen, ausdrucken und datiert und unterzeichnet mit den nötigen Beilagen an die obige Postadresse zurücksenden)

Ich beantrage die Mitgliedschaft beim Schweizerischen Apothekerverband pharmaSuisse:

Anrede

Herr Frau

Titel Prof. Dr. Andere _____

Vorname / Name _____

Geburtsdatum / Staatsangehörigkeit _____

Wohnadresse / Postfach _____

PLZ / Ort / Kanton _____

Telefon (Privat) / Mobiltelefon / Fax _____

E-Mail (Privat) **Wichtig für Mitglieder-Login** _____

Ausbildung / Weiterbildung (Erteilungsuniversität / Erteilungsdatum)

Eidgenössisches Staatsexamen _____
(**Kopie Diplom** beilegen)

Ausländisches Staatsexamen _____
(**Kopie Diplom** und
Kopie Anerkennung des ausländischen
Diploms durch die Medizinalberufekommission Mebeko beilegen)

Doktorexamen _____
(**Kopie Diplom** beilegen)

Sonstige (zum Beispiel: FPH) _____

Aktuelle Tätigkeit (Wo ? (Firma / Universität / Institution) / Seit wann ?)

Student/in im _____ Semester _____
(**Kopie Legitimationsausweis** beilegen)

Doktorand/in _____
(**Kopie Legitimationsausweis** beilegen)

Assistent/in _____

Angestellte/r Apotheker/in _____

Verwalter/in _____

Besitzer/in _____

Industrie-Apotheker/in _____

Amts- oder Spital-Apotheker/in _____

„Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Statuten und die Standesordnung des Verbandes sowie die entsprechenden Reglemente erhalten und von deren Inhalt Kenntnis genommen habe, und verpflichte mich, die entsprechenden Mitgliedspflichten zu erfüllen.“

Bemerkungen _____

Ort / Datum _____ **Unterschrift** _____