

ERHEBUNGSBOGEN

<input type="text"/>	<input type="text"/>			
NAME	GEBURTSNAME			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
VORNAME	GEBOREN AM:			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
GEBURTSORT	TITEL			
<input type="text"/>				
STAATSANGEHÖRIGKEIT				
<input type="text"/>				
PLZ:	ORT:	STRASSE/HAUSNUMMER		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TELEFON/FAX				
FAMILIENSTAND	<input type="checkbox"/> LEDIG	<input type="checkbox"/> VERHEIRATET	<input type="checkbox"/> VERWITWET	<input type="checkbox"/> GESCHIEDEN
<input type="text"/>				
GEBURTSDATUM EHEPARTNER				
<input type="text"/>				
KINDER: (Anzahl/Geburtsdatum)				

ANGABEN ZUR BERUFSTÄTIGKEIT	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
APPROBATION	SEIT:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PHARMAZIEPRAKTIKANT/IN	AB:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

MITGLIEDSCHAFT IN ANDEREN APOTHEKERVERSORGUNGSWERKEN			
1. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	VON	BIS	
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	VON	BIS	
3. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	VON	BIS	

Beschäftigung in Schleswig-Holstein länger als 3 Monate	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Bestehen weitere Beschäftigungsverhältnisse in anderen Kammerbereichen	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN

Der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist uns sehr wichtig. Wir behandeln Ihre personenbezogenen Daten vertraulich und entsprechend der gesetzlichen Datenschutzvorschriften sowie unserer Datenschutzerklärung. Lesen Sie hierzu auf unserer Website unter: www.av-sh.de oder fordern diese ggf. schriftlich unter Tel. 0431-579-3550 an.

Die Kommunikation per E-Mail mit dem Versorgungswerk ist möglich. Beachten Sie bitte, dass dieser Übertragungsweg nicht vollständig sicher ist und Unbefugte z. B. die Absender- oder Empfängeradresse oder den Inhalt der E-Mail manipulieren könnten.

Ich bin damit einverstanden, dass das Versorgungswerk per E-Mail kommuniziert

<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
-----------------------------	-------------------------------

<input type="text"/>
E-MAIL ADRESSE

<input type="text"/>	
ORT/DATUM	UNTERSCHRIFT