

# ERHEBUNGSBOGEN

<input type="text"/>		<input type="text"/>	
NAME		GEBURTSNAME	
<input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
VORNAME		GEBOREN AM:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
GEBURTSORT		TITEL	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
STAATSANGEHÖRIGKEIT			
<input type="text"/>			
PLZ:		ORT:	STRASSE/HAUSNUMMER
<input type="text"/>			
TELEFON/FAX			
<input type="text"/>			
FAMILIENSTAND		GESCHIEDEN	
<input type="checkbox"/> LEDIG		<input type="checkbox"/> VERHEIRATET	
<input type="checkbox"/> VERWITWET		<input type="checkbox"/> GESCHIEDEN	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
GEBURTSDATUM Ehepartner			
<input type="text"/>			
KINDER: (Anzahl/Geburtsdatum)			
<input type="text"/>			
ANGABEN ZUR BERUFSTÄTIGKEIT			
<input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
APPROBATION		SEIT:	
<input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
PHARMAZIEPRAKTIKANT/IN		AB:	
<input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
MITGLIEDSCHAFT IN ANDEREN APOTHEKERVERSORGUNGSWERKEN			
1. <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> <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: <a href="http://www.av-sh.de">www.av-sh.de</a> 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 stimme in Kenntnis der oben genannten Gefahren der Übermittlung personenbezogener Daten per E-Mail an mich zu.		<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
<input type="text"/>			
E-MAIL ADRESSE			
<input type="text"/>			
ORT/DATUM		UNTERSCHRIFT	