ERHEBUNGSBOGEN

NAME

GEBURTSNAME

VORNAME

GEBOREN AM:

GEBURTSORT

TITEL

STAATSANGEHÖRIGKEIT

GESCHLECHT ☐ MÄNNLICH ☐ WEIBLICH ☐ DIVERS

PLZ: ORT: STRASSE/HAUSNUMMER

TELEFON/FAX

FAMILIENSTAND ☐ LEDIG ☐ VERHEIRATET ☐ VERWITWET ☐ GESCHIEDEN

GEBURTSDATUM EHEPARTNER

KINDER: (Anzahl/Geburtsdatum)

ANGABEN ZUR BERUFSTÄTIGKEIT

APPROBATION

SEIT:

PHARMAZIEPRAKTIKANT/IN

AB:

MITGLIEDSCHAFT IN ANDEREN APOTHEKERVERSORGUNGSWERKEN

1. VON BIS

2. VON BIS

3. VON BIS

Beschäftigung in Schleswig-Holstein länger als 3 Monate ☐ JA ☐ NEIN

Bestehen weitere Beschäftigungsverhältnisse in anderen Kammerbereichen ☐ JA ☐ 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 ☐ JA ☐ NEIN

E-MAIL ADRESSE

ORT/DATUM

UNTERSCHRIFT