

Name: _____ Vorname: _____ Jahrgang: _____

Privatadresse _____

Geschäftsadresse _____

Tel. _____ Fax _____ E-Mail-Adresse: _____

Selbständig Verwalter:in angestellte/r Apotheker:in Student:in

AUSBILDUNGSWEG

Praktikum/Assistenzjahr

Wann _____ Wo _____

Staatsexamen

Wann _____ Wo _____

Berufsausübungsbewilligung Ja / Nein Kanton _____

Mitgliedschaften

pharmaSuisse seit _____

Regionaler Apothekerverein seit _____ Wo _____

Kant. Gewerbeverein / Sektion _____

Grund des Aufnahmegesuches

Referenzen

Bemerkungen

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich damit einverstanden, dass wir Ihr Aufnahmegesuch gemäss Art. 6 der Statuten des AKB im Newsletter und auf der Webseite veröffentlichen.

Diesem Gesuch ist ein kurzer **Lebenslauf** beizulegen.

Ort und Datum _____

Unterschrift _____