Apothekerverband des Kantons Bern
Association des Pharmaciens du Canton de Berne

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 _____

Münzgraben 6
Postfach
3001 Bern

031 326 27 30
info@apobern.ch
www.apobern.ch