

AUFNAHMEGESUCH

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Zivilstand _____

Geschäftsadresse _____

Tel.-Nr. & Fax _____

Privatadresse _____

Tel.-Nr. & Fax _____

E-Mail _____

Apothekerdiplom erhalten im Jahr _____

Andere Berufsbildung _____

Berufliche Tätigkeit _____

pharmaSuisse-Mitglied

ja

nein

Selbstständige Berufstätigkeit seit _____

Bitte teilen Sie uns die beiden Apotheker mit, die Ihnen als Paten zur Seite stehen:

1. _____

2. _____

Datum _____

Unterschrift _____