

Beitrittsgesuch

(Bitte direkt am PC ausfüllen, ausdrucken und datiert und unterzeichnet per E-Mail oder Post zurücksenden)

Ich beantrage die Mitgliedschaft beim Schweizerischen Apothekerverband pharmaSuisse:

Herr Frau
Titel _____
Vorname, Name _____
Geburtsdatum, Staatsangehörigkeit _____
Wohnadresse _____
PLZ, Ort _____
Telefon (Privat), Mobiltelefon _____
E-Mail (Privat) **Wichtig für Mitglieder-Login** _____

Kanton

(Personen die nicht wohnhaft in der Schweiz sind, wählen den Kanton, in dem sie ihr Stimm- und Wahlrecht ausüben möchten)

Aktuelle Tätigkeit

seit: _____

Industrieapotheker:in Spital- oder Amtsapotheker:in Student:in, Doktorand:in

Offizin-Apotheker:in Verwalter:in Besitzer:in

Apotheke/Arbeitgeberin: _____

«Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Statuten und die Standesordnung des Verbandes sowie die entsprechenden Reglemente erhalten und von deren Inhalt Kenntnis genommen habe, und verpflichte mich, die entsprechenden Mitgliedspflichten zu erfüllen.»

Ort, Datum: _____

Unterschrift:

Bemerkungen: _____

Beilagen (in Kopie):

aktuell gültige Legi (Studierende/Doktorierende)
Doktoratsbestätigung (Doktorierende)
Doktoratsurkunde/-diplom (Titeltragende)