



Name: _____

Vorname: _____

AO-Mitglieds-Nummer: _____ **Eintritt:** _____
(wird vom LAV eingesetzt) (wird vom LAV eingesetzt)

Straße: _____

PLZ: _____

Ort: _____

Telefon: _____

Telefax: _____

E-Mail: _____

Bankverbindung:

IBAN (Konto-Nr.): DE _____

BIC (BLZ): _____

Außerordentliches Mitglied: Mitarbeiter/Apothekenleiter i.R./Verpächter

Geburtsdatum

Datum der Approbation

Hiermit erkläre ich meinen Verbleib im
Landesapothekerverband Niedersachsen e.V.

Ort, Datum

Unterschrift