

EINTRITTSERKLÄRUNG

Außerordentliches Mitglied

Mitgliedsdaten (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)	
Nachname:	
Vorname:	
Eintrittsdatum: <small>(wird vom LAV eingesetzt)</small>	Mitgliedsnummer: <small>(wird vom LAV eingesetzt)</small>
Privatanschrift	
Straße:	
PLZ:	Ort:
Tel.:	Fax:
E-Mail:	
Personenbezogene Daten	
Geburtsdatum:	
Datum der Approbation:	
Außerordentliches Mitglied: <input type="checkbox"/> Mitarbeiter <input type="checkbox"/> Apothekenleiter i.R. <input type="checkbox"/> Verpächter <small>(bitte Zutreffendes ankreuzen)</small>	

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

(Ort, Datum)	(Unterschrift)
--------------	----------------