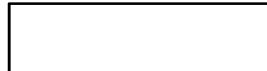


Mitgliedschaftserklärung



Ich beantrage die Mitgliedschaft im Apothekerverband Westfalen-Lippe e. V.

Nach-, Vorname: _____

Inhaber(in) der _____-Apotheke

Straße u. Haus-Nr.: _____

PLZ

Ort

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail Adresse: _____

Pacht/Übernahme/Neueröffnung* am: _____

*Unzutreffendes bitte streichen

IK: _____ Geburtsdatum: _____

_____, den _____

(Ort und Datum)

(Eigenhändige Unterschrift)