



AVKZ
APOTHEKERVERBAND
DES KANTONS ZÜRICH

ANTRAGSFORMULAR FÜR DIE
MITGLIEDSCHAFT
UND
CURRICULUM VITAE

(1) Name und Vorname

.....

(2) Geburtsdatum und -ort

.....

(3) Schulen

.....

.....

.....

.....

(4) Studium

.....

.....

(5) Praktikum

.....

.....

.....

(6) Staatsexamen (Jahr, Hochschule)

.....

(7) Promotion (Jahr, Hochschule, Dozent)

.....

(8) Berufliche Tätigkeit nach dem Staatsexamen

.....
.....
.....
.....

(9) Mitgliedschaft/Tätigkeit in anderen Berufs-, Standes-Organisationen oder in behördlichen Gremien / Funktion(en)

.....
.....
.....

(10) pharmaSuisse-Mitglied Ja Nein (Zutreffendes ankreuzen)

(11) Gegenwärtige Position:

Eigentümer(in)

Pächter(in) Eigentümer(in) der Apo ist:

Verantwortl. Apotheker(in) Eigentümer(in) der Apo ist:

Mitarbeiter(in) Verantwortl. Apotheker(in) ist:

Eigentümer(in) der Apo ist:

Jungapotheker(in) Reduzierter Mitgliederbeitrag (50%) während der ersten zwei Jahre nach dem Studienabschluss

Student(in) Kostenlose Mitgliedschaft während des Studiums

(12) Nur von Antragstellern auszufüllen, welche Inhaber, Pächter oder Verantwortliche/r Apotheker/in einer Apotheke sind:

Sind Sie bereit, der Familienausgleichskasse des Apothekerverbands des Kantons Zürich (FAKAP) beizutreten?

Ja Nein (Zutreffendes ankreuzen)

