



APOTHEKERVERBAND ST.GALLEN/APPENZELL

Aufnahmegesuch:

Name: _____ Vorname: _____
Adresse _____
PLZ / Ort _____
Telefon _____ Fax _____
e-Mail _____

Angaben zur beruflichen Tätigkeit:

momentane Tätigkeit: _____ Apotheke: _____
 verantwortliche Leitung _____
 unselbständige Tätigkeit _____
 zur Zeit nicht als ApothekerIn tätig _____
 ausserhalb des Verbandsgebietes tätig _____

Staatsexamen / Studienabschluss

Universität _____ Abschlussjahr _____

Bisherige berufliche Tätigkeit

Mitglied von pharmaSuisse SAV ja
(ist Bedingung für eine Aufnahme in den AVSGA)
Bitte legen Sie eine Kopie Ihres Mitgliedschaftsausweises bei.

Besitzen Sie bereits eine Berufsausübungsbewilligung für den Kanton St. Gallen? ja