



AVKZ
APOTHEKERVERBAND
DES KANTONS ZÜRICH

Antrag Mitgliedschaft Apothekerverband des Kantons Zürich (AVKZ) für Pharma-Assistentinnen und Pharma-Assistenten

Ort

Datum

1. Anrede Frau Mann

2. Vorname Name

3. Geburtsdatum Geburtsort

4. Ausbildung von bis Lehrbetrieb, Name Apotheke, Ort

5. Eidgenössisches Fähigkeitszeugnis
Jahr Berufsschule, Ort

6. Berufliche Tätigkeit nach der Lehre
von bis Apotheke, Firma

7. Aus-/Fort-/Weiterbildungen (freiwillige Angabe)
Jahr

8. Name Geschäft/
Apotheke

Kette/Gruppierung

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

9. Privat Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

10. Ich stelle den verbindlichen Antrag in den AVKZ aufgenommen zu werden als
Aktivmitglied

Passivmitglied

(zutreffendes ankreuzen)

16. Beilage (obligatorisch)

- Kopie EFZ

- Kopie Anerkennungsbestätigung des Eidg. Departement des Innern (bei ausländischen Ausbildungen)

17. Bitte einsenden per E-Mail an: sekretariat@avkz.ch

