



Antrag Mitgliedschaft Apothekerverband Kanton Zürich (AVKZ)

1. Ort, Datum

2. Vorname und Name

3. Geburtsort, Geburtsdatum

4. Studium (Jahre, Hochschule)

5. Assistenzjahr (Jahr, Apotheke)

6. Staatsexamen (Jahr, Hochschule)

7. Promotion (Jahr, Hochschule)

8. Berufliche Tätigkeit nach dem
Staatsexamen (Jahr, Apotheke, Firma)

9. Zusätzliche Ausbildungen / Fortbildungen /
Interessantes zu Ihrer Person
(freiwillige Angaben)

10. pharmaSuisse-Mitglied Ja Nein (zutreffendes ankreuzen)

11. FPH-Nummer

12. Gegenwärtige Position:

EigentümerIn

PächterIn

EigentümerIn der Apo ist:

verantwortl.

ApothekerIn

EigentümerIn der Apo ist:

MitarbeiterIn

verantwortl. ApothekerIn ist:

EigentümerIn der Apo ist:

JungapothekerIn

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

StudentIn

Kostenlose Mitgliedschaft während des Studiums

13. Nur von AntragstellerInnen auszufüllen, welche InhaberInnen, PächterInnen oder leitende ApothekerInnen sind: Sind Sie bereit, der Familienausgleichskasse (FAKAP) des AVKZ beizutreten?

Ja

Nein

(zutreffendes ankreuzen)

14. Geschäftsadresse

Telefon:

E-Mail:

15. Privatadresse

Telefon:

E-Mail:

16. Der/die oben genannte stellt den verbindlichen Antrag, als

Aktivmitglied

Passivmitglied

in den AVKZ aufgenommen zu werden (zutreffendes ankreuzen)

17. Beilage (obligatorisch)

– Kopie Diplom

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

