



**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

