

## EINTRITTSERKLÄRUNG

### Außerordentliches Mitglied

<b>Mitgliedsdaten (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)</b>	
Nachname:	
Vorname:	
Eintrittsdatum: <small>(wird vom LAV eingesetzt)</small>	Mitgliedsnummer: <small>(wird vom LAV eingesetzt)</small>
<b>Privatanschrift</b>	
Straße:	
PLZ:	Ort:
Tel.:	Fax:
E-Mail:	
<b>Personenbezogene Daten</b>	
Geburtsdatum:	
Datum der Approbation:	
<b>Außerordentliches Mitglied:</b>	
<input type="checkbox"/> Mitarbeiter <input type="checkbox"/> Apothekenleiter i.R. <input type="checkbox"/> Verpächter <small>(bitte Zutreffendes ankreuzen)</small>	

Hiermit erkläre ich meinen Verbleib im  
**Landesapothekerverband Niedersachsen e.V.**

(Ort, Datum)	(Unterschrift)
--------------	----------------