

Absender

AZ:

Mitglieds-Nr.

.....
Name, Vorname

.....
Straße, Haus-Nr.

.....
PLZ, Ort

Landesapothekerkammer Hessen KdöR
Geschäftsbereich Pharmazie
Postfach 90 06 43
60446 Frankfurt am Main

Antrag auf Umschreibung der Urkunde Offizinpharmazie
(gem. § 15 Abs. 1 Weiterbildungsordnung der Landesapothekerkammer Hessen)

Hiermit beantrage ich die Umschreibung der Urkunde zum Fachapotheker für Offizinpharmazie auf den Fachapotheker für Allgemeinpharmazie.

- Die Kopie der Urkunde ist diesem Antrag beigelegt.*
- Der Scan der Urkunde wird per Mail bereitgestellt.

Die Gebühr von **€ 25,--** gem. § 1 der Kostensatzung der Landesapothekerkammer Hessen in ihrer aktuellen Fassung ist bei Antragstellung fällig.

- Einzugsermächtigung liegt der Landesapothekerkammer Hessen vor.
Bitte nicht überweisen!
- Einzugsermächtigung liegt der Landesapothekerkammer Hessen nicht vor,
der o. g. Betrag wurde von mir auf das Konto der Kammer bei der

Deutschen Apotheker- und Ärztebank Frankfurt am Main,
IBAN DE65 3006 0601 0001 1685 17
BIC DAAEDED

überwiesen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Rechtsgrundlage für die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten ist § 3 Hessisches Datenschutz- und Informationsfreiheitsgesetz (HDSIG).

***Die Umschreibung erfolgt ausschließlich, wenn die Kopie der alten Urkunde beigelegt oder ein Scan eingesandt wird.**