

Arbeitgeberverband Niedersächsischer
Apotheken e. V.
PF 200017
30896 Wedemark

Hannover, den _____

Anmeldeformular

Apothekenname _____
Apothekeninhaber _____
Strasse _____
PLZ | Ort _____
Telefon _____ Fax _____
E-Mail _____ www. _____

Hiermit bestätige ich den Eintritt in den Arbeitgeberverband Niedersächsischer Apotheken e. V. . Den Jahresbeitrag von 270,00 Euro bezahle ich nach Erhalt der Rechnung (bei Eintritt im laufenden Kalenderjahr 1/12 des Beitrages pro Kalendermonat der Mitgliedschaft).

Die Information über die Datenverarbeitung der Mitglieder des Arbeitgeberverbandes Niedersächsischer Apotheken e. V. habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Unterschrift _____ Datum _____