

# Beitrittserklärung

Ich trete dem Österreichischen Apothekerverband als ordentliches Mitglied bei und gebe folgende Personaldaten bekannt:



1. **Vor- und Zuname:**

2. **Geburtsdaten:**

3. **Magisterdiplom:**

4. **Wohnadresse:**

**Telefon:**

5. **Ich bin (bitte Zutreffendes ankreuzen):**

- a) Alleineigentümer einer im Gebiet der Republik Österreich gelegenen öffentlichen Apotheke;
- b) Miteigentümer (Gesellschafter) einer im Gebiet der Republik Österreich gelegenen öffentlichen Apotheke;
- c) Pächter einer im Gebiet der Republik Österreich gelegenen öffentlichen Apotheke;
- d) Gatte oder Gattin der unter lit. a) bis c) genannten Personen mit dem akademischen Grad eines magister pharmaciae;
- e) Sohn oder Tochter der unter lit. a) bis c) genannten Personen mit dem akademischen Grad eines magister pharmaciae;
- f) Verlassenschaft nach dem/der verstorbenen: \_\_\_\_\_  
vertreten durch: \_\_\_\_\_

6. **Inhaber des Betriebsrechtes:**

7. **Name, Adresse der öffentlichen Apotheke:**

8. **E-Mail-Anschrift für Postverkehr:**

9. **Name des verantwortlichen Apothekenleiters:**

10. **Beitragszahlung für Miteigentümer und Angehörige:**

Mein Mitgliedsbeitrag soll

- im Einvernehmen mit dem Konzessionär/Pächter durch die Gehaltskasse einbehalten werden;
- mittels Einziehungsauftrag eingehoben werden (gilt nur für Zweitmitglieder oder weitere Mitglieder einer Apotheke).

11. **Ich bin**

- am Abschluss einer Zusatzkrankenversicherung interessiert;
- derzeit über die Österreichische Apothekerkammer zusatzkrankenversichert und einverstanden, diese Versicherung bei dem Österreichischen Apothekerverband fortzusetzen.

12.  **Ich bin einverstanden**, dass die vorangeführten Daten der zuständigen Landesgruppe bekanntgegeben werden.

13.  **Ich bevollmächtige** den Apothekerverband, in meinem Namen erforderliche Daten bei der Gehaltskasse zu erheben.

\_\_\_\_\_, am \_\_\_\_\_

(Unterschrift)