ThAV • Thälmannstraße 6, 99085 Erfurt
Telefon: 0361/ 244 08-70
Telefax: 0361/ 244 08-98
info@thav.de

MITGLIEDSANTRAG

Hiermit beantrage ich

Name, Vorname: .....

geboren am .....

Privatadresse: .....

.....

Telefonnummer: .....

E-Mail: .....

Approbation: Datum Ort

derzeit erreichbar: ☐ unter Privatadresse ☐ in der Apotheke

als: ☐ Inhaber ☐ Pächter ☐ Verwalter der nachfolgenden Apotheke/n

die Aufnahme als ordentliches Mitglied des Thüringer Apothekerverbandes e. V.

mit Wirkung ab dem

__ __ __ __ __ __ __ __
Tag Monat Jahr

Hauptapotheke Name .....

Adresse .....

Institutionskennzeichen (IK) * Haupt-IK 3 0 ..... weitere IK 3 0 .....

3 0 .....

Kontaktdaten Telefon ..... Fax .....

E-Mail: .....

* Bitte fügen Sie die entsprechenden IK-Bescheide der ARGE IK, Sankt Augustin bei.

MITGLIEDSANTRAG

Filialapotheke 1

Name .....

Adresse .....

Institutionskennzeichen (IK) * Haupt-IK 3 0 ..... weitere IK 3 0 .....

3 0 .....

Kontaktdaten Telefon ..... Fax .....

E-Mail: .....

Filialapotheke 2

Name .....

Adresse .....

Institutionskennzeichen (IK) * Haupt-IK 3 0 ..... weitere IK 3 0 .....

3 0 .....

Kontaktdaten Telefon ..... Fax .....

E-Mail: .....

Filialapotheke 3

Name .....

Adresse .....

Institutionskennzeichen (IK) * Haupt-IK 3 0 ..... weitere IK 3 0 .....

3 0 .....

Kontaktdaten Telefon ..... Fax .....

E-Mail: .....

Zutreffendes bitte ankreuzen

☐ **Ich habe die N-ID für die o.g. Apotheke/n beantragt am:** .....

☐ **Das/die N-ID-Zertifikat/e für die o.g. Apotheke/n wurde/n erteilt und liegt/liegen mir vor.**

....

Ort, Datum Unterschrift

* Bitte fügen Sie die entsprechenden IK-Bescheide der ARGE IK, Sankt Augustin bei.