

.....
Name

.....
Wohnadresse

.....

.....
Emailadresse/Tel.-Nr.

An die
Österreichische Apothekerkammer
Landesgeschäftsstelle

.....

.....

....., am

Ansuchen um Zulassung zur Aspirantenprüfung am _____

Sehr geehrte Damen und Herren!

Hiermit ersuche ich, Mag.pharm.
um Zulassung zur Aspirantenprüfung.

Meine Aspirantenausbildung habe ich in der Apotheke
bei Frau/Herrn Apotheker Mag.pharm. absolviert.

Meine Ausbildungszeit begann am und endet am

Das Zeugnis der Ausbildungsapotheke lege ich bei.

Mit freundlichen Grüßen

.....
Unterschrift

Beilage:
Zeugnis der Ausbildungsapotheke