An die

Österreichische Apothekerkammer

Spitalgasse 31

Postfach 57

1091 Wien

E-Mail: recht@apothekerkammer.at

Fax +43 1 408 84 40

Rechtsmittelverzicht1)

Ich, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, bestätige, dass ich den Bescheid der
Österreichischen Apothekerkammer vom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, GZ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
erhalten und genau durchgelesen habe. Ich erkläre hiermit ausdrücklich und unwiderruflich, auf das Rechtsmittel der Beschwerde gegen diesen Bescheid zu verzichten.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Unterschrift)

1) Informationen zur Abgabe eines Rechtsmittelverzichtes finden Sie unter: <https://www.apothekerkammer.at/rechtsmittelverzicht>