

# Bestellformular

## Österreichischer Apothekerausweis

Ich bin

- Aspirant:in - unmittelbar vor Verleihung des Apothekerdiploms**  
(der Ausweis wird mit Erlangung der allgemeinen Berufsberechtigung ausgestellt)
- Berufsberechtigte:r Apotheker:in**  
Örtlich für mich zuständige **Landesgeschäftsstelle** der Österreichischen Apothekerkammer:

.....

**Die Kosten für den Apothekerausweis trägt die Österreichische Apothekerkammer!**

Datum: ..... Unterschrift: .....

Tel. Nr. für Rückfragen: .....

### Personendaten (am Ausweis)

Anrede  Frau  Herr  k.A.

PN: .....

Akademischer Grad: .....

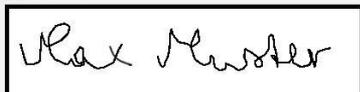
Vorname/n: .....

Nachname: .....

Geburtsdatum: .....

Unterschrift:

*Muster*




(INNERHALB des schwarz umrandeten Feldes mit schwarzem Faserstift

### Passfoto

Bitte hier einkleben  
ODER  
bei Folgebestellung (wegen  
Namensänderung etc.):

- Foto des  
Erstantrages  
heranziehen**

Der Apothekerausweis wird per Post an die der Pharmazeutischen Gehaltskasse vorliegende Wohnsitzadresse zugesendet.

**Nicht-Mitglieder** → Bitte Zustelladresse angeben (PLZ, Ort, Straße, Hausnr.):

.....

Bitte übermitteln Sie das Formular an **info@apothekerkammer.at (mit Foto im Anhang)** oder per Post an die Österreichische Apothekerkammer, Spitalgasse 31, 1090 Wien oder geben Sie es in Ihrer Landesgeschäftsstelle der Österreichischen Apothekerkammer ab.