

Eintragung als Hospitationsstätte

Einverständniserklärung

Apotheke	_____	
	Apothekenname	
	_____	_____
	Straße	PLZ, Ort
_____	_____	
Telefon	Fax	
_____	_____	
E-Mail		
Ansprechpartner	_____	
	Name	Vorname
Unterschrift	Hiermit möchte ich meine Apotheke als Hospitationsstätte eintragen lassen. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Apothekerkammer Niedersachsen meine Kontaktdaten auf Anfrage von Interessenten an diese weitergeben darf. Die Daten werden nicht auf der Webseite der Apothekerkammer veröffentlicht. Ich kann meine Einverständniserklärung jederzeit widerrufen.	
	_____	_____
	Ort, Datum	Unterschrift, Stempel