

Aushilfe / Notfallvertretung

Einverständniserklärung

Persönliche Daten	_____	_____
	Examen (Monat / Jahr)	Personennummer
	_____	_____
	Name	Vorname
	_____	_____
	Straße	PLZ, Ort
	_____	_____
	Telefon	Fax
	_____	_____
	E-Mail	

Vertretungsdaten	_____	_____
	ab wann	Stundenanzahl
	_____	_____
	im Raum	
	_____	_____
Unterschrift	Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich für kurzfristige Vertretungen in niedersächsischen Apotheken zur Verfügung stehe. Meine Kontaktdaten darf die Apothekerkammer Niedersachsen auf Anfrage von Kollegen an diese weitergeben. Ich kann meine Einverständniserklärung jederzeit widerrufen.	
	_____	_____
	Ort, Datum	Unterschrift