

■ 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