Bitte melden Sie sich bei Interesse möglichst umgehend an:

Apothekerkammer Westfalen-Lippe, Bismarckallee 25, 48151 Münster

per E-Mail: k.wissling@akwl.de oder postalisch

Bitte gut leserlich schreiben!

Vorname: Name……………………………………………………………………………

Straße/Hausnr.:

PLZ/Ort:

Mit der Weitergabe meiner Handy-Nr. an die Begleitpersonen bin ich aus organisatorischen Gründen einverstanden.

Mobil-Nr.:

E-Mail:

Geburtstag:

**Die Zahlung der Teilnahmegebühr (150,00 Euro) erfolgt ausschließlich im Lastschriftverfahren:**

Name der Bank:

Kontoinhaber:

IBAN:

BIC:

Unterschrift des Kontoinhabers:

**Bitte das Passende für den Reisezeitpunkt ankreuzen; als Pharmazeut\*innen im Praktikum Ausbildungsstätte angeben:**

[ ]  Ich bin Pharmazeut\*in im Praktikum in Westfalen-Lippe. Ausbildungsstätten:

[ ]  Ich bin Pharmazeut\*in im Praktikum in einem anderen Kammergebiet und werde den folgenden Praktikumsabschnitt in Westfalen-Lippe absolvieren. Ausbildungsstätten:

[ ]  Ich bin Pharmazeut\*in im Praktikum in einem anderen Kammergebiet und habe den vorherigen Praktikumsabschnitt in Westfalen-Lippe absolviert.

 Ausbildungsstätten:

[ ]  Ich bin im Januar 2026 Student\*in des „9. Semesters“ und bereite mich auf das 2. Staatsexamen vor.

Ich bin Vegetarier\*in: [ ]  ja [ ]  nein

Ich fahre Ski/Snowboard: [ ]  ja [ ]  nein

Ich möchte meine Ski/Snowboard-Ausrüstung mitnehmen: [ ]  ja [ ]  nein

**Mit meiner Unterschrift melde ich mich verbindlich an!**

Ort, Datum: Unterschrift: