

BESTELLFORMULAR DIEBSTAHL / VERLUST

ÖSTERREICHISCHER APOTHEKERAUSWEIS

Ich bestelle hiermit eine **Ersatzkarte** (Duplikat) wegen Diebstahl/Verlust meines Apothekerausweises.

Kosten für den Ausweis

- Ich stimme dem **Einbehalt** von EUR 26,40 durch die Pharmazeutische Gehaltskasse bei meinem nächsten Monatsbezug zu (nur für von der Gehaltskasse besoldete Mitglieder)
- Ich **überweise** die Kosten für den Kartenkörper (EUR 26,40) auf das Konto **IBAN: AT75 4422 0000 0001 1450**; BIC: VBOEATWWAPO lautend auf „Österreichische Apothekerkammer“, Verwendungszweck „Apothekerausweis für <eigener Vor-und Zuname>“.

Vorname/n:

Nachname:

Geb.Dat.: Tel.Nr:

Örtlich für mich zuständige Landesgeschäftsstelle der Österreichischen Apothekerkammer

.....

Datum:

Unterschrift:

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

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

.....

Bitte übermitteln Sie das Formular an die

**Österreichische Apothekerkammer
Postfach 57
Spitalgasse 31
A-1091 Wien**

oder geben Sie es in Ihrer Landesgeschäftsstelle der Österreichischen Apothekerkammer ab.