



Aanvraag lidmaatschap apotheekteam (2025)

Uitsluitend indien klant van KAVA tarifieringsdienst.

APB nummer

Naam van de apotheek

Familienaam	Voornaam	Geboorte- datum	Diploma- jaar	Onderwijs- instelling
		/ /		

Bovengenoemde **stemgerechtigde**, titularis / co-titularis, verlangt met het apotheekteam aangenomen te worden als lid van KAVA, verklaart zich te onderwerpen aan de statuten en het huishoudelijke reglement van de vereniging en gaat ermee akkoord via mailings regelmatig geïnformeerd te worden over het KAVA-aanbod. Die persoon informeert de overige leden van het apotheekteam die hieronder toegevoegd worden, dat hun gegevens bewaard worden in het CRM-systeem van KAVA zolang ze deel uitmaken van dit apotheekteam. KAVA zal de toevertrouwde persoonsgegevens van haar leden GDPR-conform behandelen.

Gegevens overige leden apotheekteam (niet stemgerechtigd)

Familienaam	Voornaam	Geboorte- datum	Diploma- jaar	Onderwijs- instelling
		/ /		
E-mail	Functie	Adjunct FTA Plaatsvervanger in loondienst	Andere (Co-)titularis	RIZIV-nr apr.
		/ /		
E-mail	Functie	Adjunct FTA Plaatsvervanger in loondienst	Andere (Co-)titularis	RIZIV-nr apr.
		/ /		
E-mail	Functie	Adjunct FTA Plaatsvervanger in loondienst	Andere (Co-)titularis	RIZIV-nr apr.
		/ /		
E-mail	Functie	Adjunct FTA Plaatsvervanger in loondienst	Andere (Co-)titularis	RIZIV-nr apr.
		/ /		
E-mail	Functie	Adjunct FTA Plaatsvervanger in loondienst	Andere (Co-)titularis	RIZIV-nr apr.

Bewaar eerst dit document op uw computer en klik [hier](#) om het formulier digitaal te versturen naar secretariaat@kava.be of verstuur het opgeslagen bestand via uw e-mail provider. Bestaat je team uit meer leden? Mail secretariaat@kava.be.