

Aanvraag individueel lidmaatschap (2024)

Familienaam	Voornaam	Geboorte- datum
		/ /
Straat + huisnummer		
Postcode + plaats		
Telefoon (GSM)		
E-mail		

Afstudeergegevens

Diplomajaar	Onderwijsinstelling
Master in de Farmaceutische Zorg met graad van apotheker	RIZIV-nr apr.
Master in de Geneesmiddelenontwikkeling met graad van apotheker	RIZIV-nr apr.
Master in de Geneesmiddelenontwikkeling	
Farmaceutische Technisch Assistent	
Andere:	

Functie in de apotheek

Adjunct	Naam van de apotheek
Co-titularis	
FTA	APB nummer
Titularis	Straat + nummer
Plaatsvervanger in loondienst	
Werkzaam sinds	Postcode + plaats
	BTW nr <i>(indien apotheek-eigenaar)</i>
	Groothandel

Bovengenoemde verlangt 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. KAVA zal de toevertrouwde persoonsgegevens van haar leden GDPR-conform behandelen.

Bewaar dit document op uw computer en verstuur het opgeslagen bestand via e-mail naar secretariaat@kava.be.