

Absender:

**Apothekerkammer Schleswig-Holstein
Düsternbrooker Weg 75
24105 Kiel**

Antrag

Hiermit beantrage ich die Ausgabe eines

elektronischen **Heilberufsausweises (eHBA)**.

Persönliche Daten zur Prüfung der Anspruchsberechtigung:

Mitgliedsnummer			
Name		Titel	
Vorname			
Anschrift	PLZ, Ort		
	Straße, Haus-Nr.		
Approbation: Datum		Approbation: Ausstellungsort	
Telefon-Nr.			
Mobil-Nr.			
E-Mail			

Ort, Datum

Unterschrift

Achtung:

Rücksendung des Antrages bitte ausschließlich per Post. Fax-Zusendung oder eine Übermittlung per E-Mail kann nicht akzeptiert werden.