



# Deine Schulbescheinigung

Hiermit bestätige ich, dass ich aktuell an folgender Schule eine Ausbildung zur PTA/PKA absolviere.

## Meine Daten

Mein Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

E-Mailadresse meines apothekia-Accounts:

\_\_\_\_\_

## Meine Schuldaten

Name der Schule: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Unterschrift (Schüler/in): \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

[  
Schulstempel  
]

Bitte einscannen und per Mail an [verifizierung@apothekia.de](mailto:verifizierung@apothekia.de) senden.

