

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 senden.

