

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

## **Antrag**

Hiermit beantrage ich die Ausgabe einer

**Institutionskarte (SMC-B).**

**Ich beantrage die Institutionskarte (SMC-B) für folgende Betriebsstätte:**

Name der Apotheke	PLZ - Ort



**Persönliche Daten zur Prüfung der Anspruchsberechtigung:**

<b>Mitgliedsnummer</b>			
<b>Name</b>		<b>Titel</b>	
<b>Vorname</b>			
<b>Privat- anschrift</b>	<b>PLZ - Ort</b>		
	<b>Straße, Haus-Nr.</b>		
<b>Approbation: Datum</b>		<b>Approbation: Ausstellungsort</b>	

**Kontaktdaten:**

<b>Telefon-Nr.</b>	
<b>Mobil-Nr.</b>	
<b>E-Mail</b>	

---

**Ort, Datum**

**Unterschrift**

**Achtung:**

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