

## Aanvraag lidmaatschap apotheekteam (2024)

Uitsluitend indien klant van KAVA tarifieringsdienst.

APB nummer

Naam van de apotheek

Familienaam	Voornaam	Geboorte- datum	Diploma- jaar	Onderwijs- instelling
		/ /		

Bovengenoemde **stemgerechtigde**, titularis / co-titularis, verlangt met het apotheekteam 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.

### Gegevens overige leden apotheekteam (niet stemgerechtigd)

Familienaam	Voornaam	Geboorte- datum	Diploma- jaar	Onderwijs- instelling
		/ /		
E-mail	Functie	Adjunct FTA Plaatsvervanger in loondienst	Andere (Co-)titularis	RIZIV-nr apr.
		/ /		
E-mail	Functie	Adjunct FTA Plaatsvervanger in loondienst	Andere (Co-)titularis	RIZIV-nr apr.
		/ /		
E-mail	Functie	Adjunct FTA Plaatsvervanger in loondienst	Andere (Co-)titularis	RIZIV-nr apr.
		/ /		
E-mail	Functie	Adjunct FTA Plaatsvervanger in loondienst	Andere (Co-)titularis	RIZIV-nr apr.
		/ /		
E-mail	Functie	Adjunct FTA Plaatsvervanger in loondienst	Andere (Co-)titularis	RIZIV-nr apr.

Bewaar dit document op uw computer en verstuur het opgeslagen bestand via e-mail naar [secretariaat@kava.be](mailto:secretariaat@kava.be).

Bestaat je team uit meer leden dan voorzien op het formulier, gebruik dan een extra formulier.