



## Versorgungswerk

Apothekerkammer Westfalen-Lippe

bitte ausgefüllt zurück an:

Versorgungswerk der  
Apothekerkammer Westfalen-Lippe  
Bismarckallee 25  
48151 Münster

### Anforderung Beitrittsunterlagen VAWL

Ich bin:

(bitte nachfolgend auswählen)

Bitte senden Sie mir die Beitrittsunterlagen für das Versorgungswerk der Apothekerkammer Westfalen-Lippe (VAWL) zu:

per Email:

Email-Adresse

**Name:**

**Vorname:**

**Geburtsdatum:**

**Straße:**

**PLZ/Wohnort:**

**Telefon:**

(Freiwillig)

**Geschlecht:**

weiblich

männlich

divers

**Beginn Beschäftigungsverhältnis:**

**Name und Anschrift des Arbeitgebers:**

**Name:**

**Straße:**

**PLZ/Wohnort:**

**Sind Sie bereits Mitglied in einem berufsständischen Versorgungswerk?**

Bitte hier auswählen:

Freundliche Grüße

Ort, Datum

Unterschrift