

STIPENDIUMSBEWERBUNG in den Lambrich Apotheken





Apotheker Carsten Lambrich e. Kfm.

Apothekerin Katrin Lambrich e. Kfr.

PERSÖNLICHE ANGABEN

Familienname/ggf. Geburtsname	Vorname
Straße/Hausnummer	PLZ/Ort
Geburtsdatum	Geschlecht männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/>
Telefonnummer	Schule/Universität
E-Mail Adresse	Semester

UNTERNEHMEN

<input type="checkbox"/> CITY APOTHEKE  Partner Ihrer Gesundheit Marktplatz 5 30853 Langenhagen ☎ 0511- 72 80 40	<input type="checkbox"/> ELISABETH APOTHEKE  Partner Ihrer Gesundheit Walsroder Straße 125 30853 Langenhagen ☎ 0511- 73 23 28	<input type="checkbox"/> ALTE APOTHEKE  Partner Ihrer Gesundheit Walsroder Straße 150 30853 Langenhagen ☎ 0511- 77 20 30
<input type="checkbox"/> APOTHEKE STRABBURGER PLATZ  Partner Ihrer Gesundheit Straßburger Platz 25 30853 Langenhagen ☎ 0511- 390 88 40	<input type="checkbox"/> APOTHEKE ISERNHAGEN HB  Partner Ihrer Gesundheit Weizenkamp 4 30916 Isernhagen ☎ 0511- 77 54 74	

WER BIN ICH UND WAS MOTIVIERT MICH? (Lebenslauf, soziales Engagement, Persönliches)

DIESEM ANTRAG HABE ICH FOLGENDE UNTERLAGEN BEIGEFÜGT:

- Kopie des Schulabschlusszeugnisses/letzten Schulzeugnisses
- Zeugnis über den Ersten Abschnitt der Pharmazeutischen Prüfung
- ggf. Kopien weiterer Zeugnisse über vorberufliche Erfahrungen.

ICH ERHALTE BEREITS FOLGENDE STAATLICHE ODER PRIVATE FÖRDERLEISTUNGEN:

Ort/Datum

Unterschrift Stipendiat/in