

Abs: _____

VERSORGUNGSWERK
der Landesapothekerkammer Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Am Leonhardsbrunn 5
60487 Frankfurt/M.

**Bescheinigung der Einkünfte
aus der Tätigkeit als Apotheker/in**

für Mitglied _____

Mitglieds - Nr. _____

Tätigkeit _____

Zum Nachweis der Einkünfte aus pharmazeutischem Gewerbebetrieb bzw. über die festgestellten Einkünfte aus der selbstständigen pharmazeutischen Tätigkeit, laut Satzung des Versorgungswerkes der Landesapothekerkammer Hessen, bestätige ich aus eigener Kenntnis, berufen auf meine Pflichten als Steuerberater / Wirtschaftsprüfer / Rechtsanwalt, dass die Einkünfte des obigen Mitgliedes aus seiner Tätigkeit als Apotheker/in

für das Geschäftsjahr vom _____ bis

€ _____

beträgt.

- Ort / Datum -

- Unterschrift und Stempel -
(Steuerberater / Wirtschaftsprüfer / Rechtsanwalt)