

**Abs:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

VERSORGUNGSWERK  
der Landesapothekerkammer Hessen  
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -  
Kuhwaldstraße 46  
60486 Frankfurt

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

für Mitglied \_\_\_\_\_

Mitglieds - Nr. \_\_\_\_\_

Tätigkeit \_\_\_\_\_

Zum Nachweis **aller** 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)