

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

Versorgungswerk der  
Landesapothekerkammer Hessen  
Postfach 90 06 43  
60446 Frankfurt

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

für Mitglied \_\_\_\_\_

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

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.

Rechtsgrundlage für die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten ist § 3 Hessisches Datenschutz- und Informationsfreiheitsgesetz (HDSIG).

\_\_\_\_\_  
- Ort / Datum -

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