

Anlage 1

Im Namen des Landes Brandenburg

ernenne ich

die Apothekerin/den Apotheker
Frau/Herrn

.....

geboren am

unter Berufung in das Beamtenverhältnis

als Ehrenbeamtin/Ehrenbeamter auf Zeit

für die Dauer von fünf Jahren

**zur Ehrenamtlichen Pharmazierätin/
zum Ehrenamtlichen Pharmazierat
bei dem Landesamt für Soziales und Versorgung**

Potsdam, den 2000

**Der Minister für
Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen**

(Siegel)

Alwin Ziel