



**Anforderungen / Bemerkungen**

**geeignet für**

**Praktikumsdauer**

nach Absprache

**Zeitraum**

nach Absprache

**Standort(e)**

Bahnhofstraße 6, 25767 Albersdorf

**Firma / Institution**

Elisabeth-Apotheke

**Adresse**

Bahnhofstraße 6, 25767 Albersdorf

**Betriebsgröße**

11 - 50 Personen

**Telefon**

04835 383

**E-Mail**

elisabeth-apotheke-albersdorf@t-online.de

**Website**

<https://www.elisabeth-apo-albersdorf.de>

**Bewerbung**

**per E-Mail**

Frau Wiebke Varga  
elisabeth-apotheke-albersdorf@t-online.de

**telefonisch**

Frau Wiebke Varga  
04835 383

**persönlich**

Elisabeth-Apotheke  
Frau Wiebke Varga  
Bahnhofstraße 6  
25767 Albersdorf