



Drogerienname	<input type="text"/>	1	Drog ID	<input type="text"/>
Person Name/Vorname	<input type="text"/>	2	Pers ID	<input type="text"/>
Person arbeitet nicht (mehr) bei uns	<input type="checkbox"/>	3		
Neuer Arbeitgeber		4		
Geburtsdatum		5		
Geschlecht	weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>	6		
Arbeitspensum	<input type="text"/> %	7		
<input type="checkbox"/> dipl. Drogist HF/eidg. dipl. Drogist/-in		8		
<input type="checkbox"/> Drogist/-in mit bestandener Lehrabschlussprüfung		9		
<input type="checkbox"/> angehende/r Drogist/-in in Ausbildung voraussichtlicher Lehrabschluss	10 <input type="text"/>	11		
<input type="checkbox"/> Pharma-Assistentin mit bestandener Lehrabschlussprüfung		12		
<input type="checkbox"/> angehende Pharma-Assistentin in Ausbildung voraussichtlicher Lehrabschluss	13 <input type="text"/>	14		
<input type="checkbox"/> dipl. Apotheker/-in		15		
<input type="checkbox"/> anderer Beruf	<input type="text"/>	16		
Ich bin Inhaber/-in der Betriebsbewilligung und bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der obigen Angaben				17
Identitätskarte oder Pass Nr.				18
<input type="checkbox"/> ID	<input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> Pass	<input type="text"/>			
Gültig bis	<input type="text"/>			
Datum	<input type="text"/>	19	Unterschrift	<input type="text"/>
Name in Blockschrift lesbar	<input type="text"/>	20		