



Drogerienname	_____	1
Eintrittsdatum	_____	2
Vorheriger Arbeitgeber	_____	3
Austrittsdatum	(Bitte füllen Sie dieses Feld nur aus, wenn Sie in den letzten 2 Jahren die Stelle gewechselt haben) _____	4
Name/Vorname	_____	5
Private Postadresse	_____	6
Private E-Mail Adresse	_____	7
Geburtsdatum	_____	8
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	9
Arbeitspensum	_____ %	10
<input type="checkbox"/> Dipl. Drogist/in HF / eidg. Dipl. Drogist/in		11
<input type="checkbox"/> Drogist/in mit bestandener Lehrabschlussprüfung		12
<input type="checkbox"/> Angehende/r Drogist/in in Ausbildung		13
voraussichtlicher Lehrabschluss _____		14
<input type="checkbox"/> Pharma-Assistent/in mit bestandener Lehrabschlussprüfung		15
<input type="checkbox"/> Angehende/r Pharma-Assistent/in in Ausbildung		16
voraussichtlicher Lehrabschluss _____		17
<input type="checkbox"/> Dipl. Apotheker/-in		18
<input type="checkbox"/> Anderer Beruf _____		19
Ich bin Inhaber/-in der Betriebsbewilligung und bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der obigen Angaben		20
Identitätskarte oder Pass Nr.		21
<input type="checkbox"/> ID _____		
<input type="checkbox"/> Pass _____		
Gültig bis _____		
Datum	Unterschrift	22

Name in Blockschrift lesbar _____		23