



Drogerienname	_____	1
Eintrittsdatum	_____	2
Vorheriger Arbeitgeber	_____	3
Austrittsdatum <small>(Bitte füllen Sie dieses Feld nur aus, wenn Sie in den letzten 2 Jahren die Stelle gewechselt haben)</small>	_____	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 Ausbildung		13
voraussichtlicher Lehrabschluss _____		14
<input type="checkbox"/> Pharma-Assistentin mit bestandener Lehrabschlussprüfung		15
<input type="checkbox"/> Angehende Pharma-Assistentin 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