



GLN-Formular

Ausgefülltes Formular
zurücksenden

Drogerie, Ort

Eintrittsdatum

Vorheriger Arbeitgeber

Austrittsdatum (Bitte füllen Sie dieses Feld nur aus, wenn Sie in den letzten 2 Jahren die Stelle gewechselt haben)

Name/Vorname

Private Postadresse

Private E-Mail Adresse

Geburtsdatum

Geschlecht weiblich männlich

Arbeitspensum _____% von der Punktesammlung befreien (weniger als 31%)

Dipl. Drogist/in HF / eidg. Dipl. Drogist/in

Drogist/in mit bestandener Lehrabschlussprüfung

Angehende/r Drogist/in in Ausbildung Lehrabschlussjahr: _____

Dipl. Apotheker/-in

Bestandener Lehrabschluss: Pharma-Assistent/in Fachfrau/mann Apotheke

In Ausbildung: Pharma-Assistent/in Fachfrau/mann Apotheke Lehrabschlussjahr: _____

Anderer Beruf _____

Ich bin Inhaber/-in der Betriebsbewilligung und bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der obigen Angaben

ID Nr. Pass Nr.

Gültig bis _____

Datum _____ Unterschrift _____

Name (gut lesbar) _____