



Formulaire GLN

Renvoyer le formulaire
une fois rempli

Droguerie, lieu

Date d'entrée

Employeur précédent

Date de départ (ne répondez que si vous avez changé
d'emploi durant ces 2 dernières années)

Nom / prénom

Adresse postale privée

Adresse mail privée

Date de naissance

Sexe féminin masculin

Taux d'occupation _____% libéré·e de l'obligation de collecter des points (moins de 31%)

Droguiste ES / droguiste dipl. féd.

Droguiste CFC

Futur·e droguiste en formation Année de fin de l'apprentissage: _____

Pharmacien·ne diplômé·e

Assistant·e en pharmacie

Futur·e assistant·e en pharmacie en formation Année de fin de l'apprentissage: _____

Autre profession _____

Je suis le/la titulaire de l'autorisation d'exploitation (TAI) et confirme par ma signature l'exactitude des données ci-dessus.

Carte d'identité

Passeport

Valable jusqu'en _____

Date _____

Signature _____

Nom (lisible) _____