



Nom Droguerie	<input type="text"/>	1	Drog ID	<input type="text"/>
Nom Prénom	<input type="text"/>	2	Pers ID	<input type="text"/>
La personne ne travaille pas / plus chez nous	<input type="checkbox"/>	3		
Nouvel employeur		4		
Date de naissance		5		
Sexe	féminin <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/>	6		
Taux d'occupation	<input type="text"/> %	7		
<input type="checkbox"/> Droguiste dipl. ES / droguiste dipl. féd.		8		
<input type="checkbox"/> Droguiste avec diplôme CFC		9		
<input type="checkbox"/> Droguiste en formation diplôme probablement délivré en	10 <input type="text"/>	11		
<input type="checkbox"/> Assistant en pharmacie avec diplôme CFC		12		
<input type="checkbox"/> Assistant en pharmacie en formation diplôme probablement délivré en	13 <input type="text"/>	14		
<input type="checkbox"/> dipl. pharmacien(ne)		15		
<input type="checkbox"/> Autre profession	<input type="text"/>	16		
Je suis le détenteur de l'autorisation d'exploiter et je confirme par ma signature l'exactitude des données ci-dessus				
N° de carte d'identité ou de passeport				
<input type="checkbox"/> Carte d'identité	<input type="text"/>	18		
<input type="checkbox"/> Passeport	<input type="text"/>			
Valable jusqu'en	<input type="text"/>			
Date	<input type="text"/>	19	Signature	<input type="text"/>
Nom lisible en majuscules	<input type="text"/>	20		