



Nom de la droguerie	1	
Date d'entrée	2	
Employeur précédent	3	
Date de départ <small>(ne répondez que si vous avez changé d'emploi durant ces 2 dernières années)</small>	4	
Nom/Prénom	5	
Adresse postale privée	6	
Adresse mail privée	7	
Date de naissance	8	
Sexe <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> masculin	9	
Taux d'occupation _____ %	10	
<input type="checkbox"/> Droguiste ES / droguiste dipl. féd.	11	
<input type="checkbox"/> Droguiste CFC	12	
<input type="checkbox"/> Droguiste en formation	13	
Fin d'apprentissage prévue en: _____	14	
<input type="checkbox"/> Assistant-e en pharmacie CFC	15	
<input type="checkbox"/> Assistant-e en pharmacie en formation	16	
Fin d'apprentissage prévue en: _____	17	
<input type="checkbox"/> Pharmacien-ne diplômé-e	18	
<input type="checkbox"/> Autre profession _____	19	
<p>Je suis le/la titulaire de l'autorisation d'exploitation (TAI) et confirme par ma signature l'exactitude des données ci-dessus.</p>		20
N° de carte d'identité ou de passeport du TAI		21
<input type="checkbox"/> Carte d'identité _____		
<input type="checkbox"/> TAI _____		
Valable jusqu'en _____		
Date _____	Signature _____	22
Nom lisible en caractères d'imprimerie _____		23