



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)