



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)