



## 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) \_\_\_\_\_