



## Apothekerin / Apotheker

### Beschäftigung einer Praktikantin / eines Praktikanten

Erläuterungen zum vorliegenden Gesuchformular entnehmen Sie bitte dem beiliegenden Merkblatt.

#### 1. Art des Praktikums

|                          |  |  |  |
|--------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> | Meldung eines bewilligungsfreien Praktikums von max. sechs innerhalb zwölf Monaten |  |  |
| <input type="checkbox"/> | Bewilligungspflichtiges Praktikum von mehr als sechs Monaten                       |  |  |

#### 2. Inhaber der selbstständigen Berufsausübungsbewilligung

Name, Vorname .....

Name der Apotheke.....

Adresse der Apotheke.....

Telefon .....

#### 3. Angaben zur Person der Praktikantin / des Praktikanten

##### 2.1 Personalien

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geschlecht m  / w

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Bürgerort(e)/Kanton \_\_\_\_\_

(bei Ausländern:  
Geburtsort/-land) \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_

AHV-Nr. alt: \_\_\_\_\_ neu: \_\_\_\_\_

**2.3 Bachelor**

Universität Ort/Land \_\_\_\_\_

Bachelor-Datum \_\_\_\_\_

Für Masterstudiengang  
Immatrikuliert seit \_\_\_\_\_

Anzahl Kreditpunkte  
Masterstudiengang \_\_\_\_\_

**4. Angaben zur Tätigkeit der Praktikantin / des Praktikanten**

Datum der Arbeitsaufnahme \_\_\_\_\_

Dauer des Praktikums \_\_\_\_\_

**5. Der/die Bewilligungsinhaber(in) bestätigt, dieses Formular vollständig und wahrheitsgemäss ausgefüllt zu haben.**

(Unvollständige Gesuche werden zur Ergänzung retourniert.)

Ort und Datum:

Unterschrift:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_