



Bewilligungen
Malzgasse 30
CH-4001 Basel

Tel: +41 61 267 95 26
E-Mail: bewilligungen-bs@hin.ch
www.bs.ch/md

Jahresmeldung: Bestand Apothekenpersonal Stand: 1. Januar

(vgl. Bewilligungsverordnung)

Apotheke

Name

Strasse

Nr.

Postleitzahl

Ort

Telefon

Mobil

Mailadresse

Verantwortliche/r, Leiter/-in

Name

Vorname

Nationalität

Diplomjahr

Pensum (%)

Verantwortliche/r, Leiter/-in

Name

Vorname

Nationalität

Diplomjahr

Pensum (%)

Dipl. Apotheker/-in

Name

Vorname

Nationalität

Diplomjahr

Pensum (%)

Als Stellvertreter/-in eingesetzt?

ja nein

BAB in BS

ja nein

Impfbewilligung

ja nein

Dipl. Apotheker/-in

Name

Vorname

Nationalität

Diplomjahr

Pensum (%)

Als Stellvertreter/-in eingesetzt?

ja nein

BAB in BS

ja nein

Impfbewilligung

ja nein

Dipl. Apotheker/-in

Name

Vorname

Nationalität

Diplomjahr

Pensum (%)

Als Stellvertreter/-in eingesetzt?

ja nein

BAB in BS

ja nein

Impfbewilligung

ja nein

Dipl. Apotheker/-in

Name

Vorname

Nationalität

Diplomjahr

Pensum (%)

Als Stellvertreter/-in eingesetzt?

ja nein

BAB in BS

ja nein

Impfbewilligung

ja nein

Dipl. Apotheker/-in

Name

Vorname

Nationalität

Diplomjahr

Pensum (%)

Als Stellvertreter/-in eingesetzt?

ja nein

BAB in BS

ja nein

Impfbewilligung

ja nein

Dipl. Apotheker/-in

Name

Vorname

Nationalität

Diplomjahr

Pensum (%)

Als Stellvertreter/-in eingesetzt?

ja nein

BAB in BS

ja nein

Impfbewilligung

ja nein

Dipl. Apotheker/-in

Name

Vorname

Nationalität

Diplomjahr

Pensum (%)

Als Stellvertreter/-in eingesetzt?

ja nein

BAB in BS

ja nein

Impfbewilligung

ja nein

Dipl. Apotheker/-in

Name

Vorname

Nationalität

Diplomjahr

Pensum (%)

Als Stellvertreter/-in eingesetzt?

ja nein

BAB in BS

ja nein

Impfbewilligung

ja nein

Dipl. Apotheker/-in

Name

Vorname

Nationalität

Diplomjahr

Pensum (%)

Als Stellvertreter/-in eingesetzt? ja nein

BAB in BS ja nein

Impfbewilligung ja nein

Dipl. Apotheker/-in

Name

Vorname

Nationalität

Diplomjahr

Pensum (%)

Als Stellvertreter/-in eingesetzt? ja nein

BAB in BS ja nein

Impfbewilligung ja nein

Apotheker/-in (eingeschränkte Stellvertretung)

Name

Vorname

Nationalität

Diplomjahr

Pensum (%)

Als Stellvertreter/-in eingesetzt? ja nein

Apotheker/-in (eingeschränkte Stellvertretung)

Name

Vorname

Nationalität

Diplomjahr

Pensum (%)

Als Stellvertreter/-in eingesetzt? ja nein

Ausgeschiedene/-r Dipl. Apotheker/-in

Name

Vorname

ausgeschieden per

Ausgeschiedene/-r Dipl. Apotheker/-in

Name

Vorname

ausgeschieden per

Pharma-Betriebsassistent/-in

Name

Vorname

Nationalität

Diplomjahr

Pensum (%)

Fachfrau/Fachmann Apotheke

Name

Vorname

Nationalität

Diplomjahr

Pensum (%)

Fachfrau/Fachmann Apotheke

Name

Vorname

Nationalität

Diplomjahr

Pensum (%)

Fachfrau/Fachmann Apotheke

Name

Vorname

Nationalität

Diplomjahr

Pensum (%)

Fachfrau/Fachmann Apotheke

Name

Vorname

Nationalität

Diplomjahr

Pensum (%)

Fachfrau/Fachmann Apotheke

Name

Vorname

Nationalität

Diplomjahr

Pensum (%)

Fachfrau/Fachmann Apotheke

Name

Vorname

Nationalität

Diplomjahr

Pensum (%)

Fachfrau/Fachmann Apotheke

Name

Vorname

Nationalität

Diplomjahr

Pensum (%)

Fachfrau/Fachmann Apotheke

Name

Vorname

Nationalität

Diplomjahr

Pensum (%)

Auszubildende

Name

Vorname

Nationalität

Pensum (%)

Auszubildende

Name

Vorname

Nationalität

Pensum (%)

Auszubildende

Name

Vorname

Nationalität

Pensum (%)

Übriges Personal

Name

Vorname

Weitere Angaben

Übriges Personal

Name

Vorname

Weitere Angaben

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift
der/s verantwortlichen Apotheker/-in