



Bewilligungen  
Malzgasse 30  
CH-4001 Basel

Tel: +41 61 267 95 26  
E-Mail: [bewilligungen-bs@hin.ch](mailto:bewilligungen-bs@hin.ch)  
[www.bs.ch/md](http://www.bs.ch/md)

## **Jahresmeldung: Bestand Drogeriepersonal Stand: 1. Januar**

### **Drogerie**

Name

Strasse

Nr.

Postleitzahl

Ort

Telefon

Mobil

Mailadresse

---

### **Verantwortliche/r Leiter/-in Dipl. Drogist/-in HF**

Name

Vorname

Nationalität

Diplomjahr

Pensum (%)

---

### **Dipl. Drogist/-in HF**

Name

Vorname

Nationalität

Diplomjahr

Pensum (%)

Als Stellvertreter/-in eingesetzt?

ja

nein

---

**Dipl. Drogist/-in HF**

Name

Vorname

Nationalität

Diplomjahr

Pensum (%)

Als Stellvertreter/-in eingesetzt?      ja      nein

---

**Drogist/-in EFZ (eingeschränkte Stellvertretung)**

Name

Vorname

Nationalität

Diplomjahr

Pensum (%)

**Drogist/-in EFZ**

Name

Vorname

Nationalität

Diplomjahr

Pensum (%)

**Drogist/-in EFZ**

Name

Vorname

Nationalität

Diplomjahr

Pensum (%)

**Auszubildende/-r**

Name

Vorname

Nationalität

Diplomjahr

Pensum (%)

**Auszubildende/-r**

Name

Vorname

Nationalität

Diplomjahr

Pensum (%)

### **Übriges Personal**

Berufsbezeichnung

Name

Vorname

Weitere Angaben

---

### **Übriges Personal**

Berufsbezeichnung

Name

Vorname

Weitere Angaben

---

### **Übriges Personal**

Berufsbezeichnung

Name

Vorname

Weitere Angaben

---

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift  
der/s verantwortlichen Drogist/-in