Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt

Medizinische Dienste

Pharmazeutischer Dienst

Esther Ammann, Eidg. dipl. Apothekerin FPH
Kantonsapothekerin
Malzgasse 30
CH-4001 Basel

Tel: +41 61 267 95 33
E-Mail: pharm.dienst@bs.ch
www.medizinischedienste.bs.ch

Jahresmeldung: Bestand Apothekenpersonal
Stand: 1. Januar 2024

(vgl. Bewilligungsverordnung)

Apotheke

Name

Strasse Nr.

Postleitzahl Ort

Telefon Mobil

Mailadresse

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 ◯

Apotheker/-in (eingeschränkte Stellvertretung)

Name

Vorname

Nationalität | Diplomjahr | Pensum (%)

Eingeschränkte Impfbewilligung 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 (%)

Pharma-Assistent/-in

Name

Vorname

Nationalität | Diplomjahr | Pensum (%)

Pharma-Assistent/-in

Name

Vorname

Nationalität | Diplomjahr | Pensum (%)

Pharma-Assistent/-in

Name

Vorname

Nationalität | Diplomjahr | Pensum (%)

Pharma-Assistent/-in

Name

Vorname

Nationalität | Diplomjahr | Pensum (%)

Pharma-Assistent/-in

Name

Vorname

Nationalität | Diplomjahr | Pensum (%)

Pharma-Assistent/-in

Name

Vorname

Nationalität | Diplomjahr | Pensum (%)

Pharma-Assistent/-in

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

Formular » Drucken

» Zurücksetzen