



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 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