

Aufnahmegesuch für Pharma-Assistentinnen und Pharma-Assistent

Name: _____ Vorname: _____

Apotheke: _____

Adresse: _____

PLZ / Ort: _____ E-Mail: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Angaben zur beruflichen Tätigkeit:

momentane Tätigkeit:

- unselbständige Tätigkeit
- andere (bitte aufführen)

Apotheke:

Bisherige berufliche Tätigkeiten

Weitere Angaben und Beilagen

✚ Ihr Arbeitgeber ist eine Mitgliedsapotheke.

✚ Abgeschlossene Ausbildung als:

Pharma-Assistent/-in EFZ (EFZ dem Antrag beilegen) oder vergleichbares ausländisches Diplom

✚ Bitte ergänzen Sie den Antrag mit Ihrem Lebenslauf.

*Senden Sie Ihr Aufnahmegesuch mit den obenstehenden Beilagen an die Geschäftsstelle:
Thomas-Bornhauser-Strasse 14, 8570 Weinfelden, aktuariat@avsga.ch*