



Medizinische Dienste

► Heilmittelwesen

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

Tel: +41 61 267 95 33
E-Mail: hmw@bs.ch
www.medizinischdienste.bs.ch

Jahresmeldung: Bestand Apothekenpersonal Stand: 1. Januar 2020

(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

ja

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 (%)

Eingeschränkte Stellvertretung?

ja

nein

Impfbewilligung

ja

nein

Ausgeschiedene Dipl. Apotheker/-in

Name

Vorname

ausgeschieden per

Ausgeschiedene Dipl. Apotheker/-in

Name

Vorname

ausgeschieden per

Assistent/-in

Name

Vorname

Nationalität

Diplomjahr

Pensum (%)

Assistent/-in

Name

Vorname

Nationalität

Diplomjahr

Pensum (%)

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 (%)

Auszubildende

Name

Vorname

Nationalität

Diplomjahr

Pensum (%)

Auszubildende

Name

Vorname

Nationalität

Diplomjahr

Pensum (%)

Auszubildende

Name

Vorname

Nationalität

Diplomjahr

Pensum (%)

Übriges Personal

Name

Vorname

Weitere Angaben

Übriges Personal

Name

Vorname

Weitere Angaben

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift der/s verantwortlichen Apotheker/-in