Stationsstrasse 12
CH-3097 Bern-Liebefeld
T +41 (0)31 978 58 58
F +41 (0)31 978 58 59
info@pharmaSuisse.org
www.pharmaSuisse.org

pharmaSuisse

Bestätigung der absolvierten (Teil)-Assistenzzeit zuhanden der universitären Ausbildungsstätte (Version Mai 2011)

Frau / Herr _____

_____
(Name, Vorname, Adresse, PLZ, Ort)

hat im Rahmen ihres/seines Studiums in Pharmazie (Universität Genf) resp. Pharmazeutischen Wissenschaften (ETH Zürich) die (Teil)-Assistenzzeit für den Erwerb des Mastertitels in untenstehender Apotheke absolviert. Die Ausbildung wurde ordnungsgemäss entsprechend den Rahmenbedingungen des Assistenzjahres sowie dem Leitfaden zum Assistenzjahr (Arbeitsvertrag, Weisungen zur Assistenzzeit, Lernziele des Assistenzjahres, Pflichtenhefte, Checkliste etc.) durchgeführt.

Ausbildungsstätte (Apotheke) _____

(Name, Vorname, Adresse, PLZ, Ort) _____

_____

Für die Ausbildung verantwortliche Person: _____
(Name, Vorname)

Die absolvierte (Teil)-Assistenzzeit beträgt ___ Wochen (effektive Arbeitszeit, ohne Ferien).

Der Ausbilder/die Ausbilderin

_____, den _____

_____

Der Assistent/die Assistentin

_____, den _____

_____

Stempel der Ausbildungsstätte:

Unterschrift des Besitzers/Verwalters der Ausbildungsstätte

Dieses Dokument ist der universitären Ausbildungsstätte einzusenden. Entnehmen Sie bitte den Einsendeschluss und die Kontaktadresse der "Checkliste der auszufüllenden und einzusendenden Dokumente betreffend Assistenzjahr", abrufbar unter www.pharmaSuisse.org → Bildung → Apotheker Ausbildung → Assistenzjahr.