

Bestätigung der absolvierten (Teil-)Assistenzzeit

Ausbildungsjahr: _____ / _____ Universität/Hochschule: <input type="checkbox"/> ETH Zürich <input type="checkbox"/> Universität Basel <input type="checkbox"/> Universität Genf (EPGL)

Frau / Herr _____

(Vorname, Name, Adresse, PLZ, Ort)

hat im Rahmen ihres/seines Masterstudiums in Pharmazie die Assistenzzeit bzw. einen Teil der Assistenzzeit in untenstehender Apotheke absolviert.

Die absolvierte (Teil-)Assistenzzeit beträgt _____ Wochen (effektive Arbeitsdauer, ohne Ferien).

Die Ausbildung wurde entsprechend den Rahmenbedingungen der Assistenzzeit durchgeführt (Studienreglement der betroffenen Universität/Hochschule, Lernziele der Assistenzzeit, Arbeitsvertrag von pharmaSuisse).

Ausbildungsapotheke:

(Name, Adresse)

Ausbildner/Ausbildnerin:

(Name, Vorname)

Der Ausbildungner/die Ausbildungnerin:	Ort und Datum: _____ Unterschrift: _____
Der/die Assistierende:	Ort und Datum: _____ Unterschrift: _____
Der Arbeitgeber bzw. der verantwortliche Apotheker der Ausbildungsapotheke:	Ort und Datum: _____ Unterschrift: _____ Stempel der Ausbildungsapotheke:

→ Diese Bestätigung ist der **betroffenen Universität/Hochschule** einzusenden. Frist und Kontakt sind auf der „Liste der Dokumente von pharmaSuisse für die Assistenzzeit“ festgelegt.