



G E S U C H

für die Bewilligung zur **Ausübung des Drogistenberufes als Stellvertreterin / Stellvertreter** der fachtechnisch verantwortlichen Person einer Drogerie im Kanton Basel-Landschaft gemäss Gesundheitsgesetz vom 21. Februar 2008

Name, Vorname:	<input type="text"/>		
Geburtsdatum:	<input type="text"/>		
Bürgerort(e) / -Staat:	<input type="text"/>		
Beginn der Tätigkeit:	<input type="text"/>	In Drogerie:	<input type="text"/>
Wohnadresse:	<input type="text"/>		
Tel. (P):	<input type="text"/>	Fax (P):	<input type="text"/>
E-Mail (P):	<input type="text"/>		
Ausbildung:			
• Dipl. Drogistin / Drogist HF (bestandene Schlussprüfung der höheren Fachschule für Drogistinnen und Drogisten in Neuenburg, ESD)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
• Andere Ausbildung ¹	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Besitzen Sie Berufsausübungsbewilligungen anderer Kantone? (Wenn ja, bitte Kantone angeben und Kopien der Bewilligungen sowie Unbedenklichkeitserklärungen ausgestellt durch die betr. Kantone beilegen.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ist Ihnen je die Ausübung des Drogistenberufes von der zuständigen Aufsichtsbehörde untersagt oder eingeschränkt worden? (Wenn ja, bitte auf separatem Blatt erläutern.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Mit diesem Antrag einzureichende Unterlagen:

1. Kopie des Diploms der höheren Fachschule für Drogistinnen und Drogisten in Neuenburg (ESD) oder einer gleichwertigen Weiterbildung¹
2. Auszug aus dem Schweizerischen Strafregister (Original, nicht älter als 3 Monate²)
3. Wohnsitzbescheinigung der Wohngemeinde (Original, nicht älter als 3 Monate)
4. Ggf. Bestätigung der unbescholtenen Berufsausübung (Unbedenklichkeitserklärung) durch die Aufsichtsbehörden der Kantone, in denen eine bewilligungspflichtige Tätigkeit ausgeübt wurde

Die Überprüfung der arbeitsrechtlichen Situation von ausländischen Drogistinnen / Drogisten bzw. das Einholen einer Arbeitsbewilligung ist Sache der Arbeitgeber.

Die/der Unterzeichnende bestätigt hiermit, dass die eingeforderten und gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen. Sie/er erklärt sich ferner mit der Übermittlung allfälliger Bewilligungsakten und Informationen über die Tätigkeit in anderen Kantonen an den Kantonsapotheker einverstanden.

Ort/Datum:

Unterschrift:

Bitte dieses Formular zusammen mit Beilagen mindestens 1 Monat, nicht aber früher als 6 Monate vor Beginn der Tätigkeit per Post senden an: Dr. pharm. H.M. Grünig, Kantonsapotheker, Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion, Bahnhofstrasse 5, Postfach, 4410 Liestal

¹ Nicht diplomierte Drogistinnen und Drogisten: Bitte Ausbildung und Erfahrungen auf separatem Blatt erläutern und Kopie des Fachausweises sowie Bestätigung des Beschäftigungsumfanges durch die betr. Arbeitgeber/-innen beilegen.

² Bei Zuzug aus dem Ausland innerhalb der letzten 12 Monate, bitte auch Strafregisterauszug (Original) des Herkunftslandes beilegen.