**Gesuch Stellvertreterbewilligung**

**Drogistin / Drogist**

Das vollständige elektronische oder mit Blockbuchstaben ausgefüllte und unterschriebene Gesuch, zusammen mit den Beilagen ist an nebenstehende Adresse einzureichen.

Weitere Informationen finden Sie unter:

http://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheit/  
gesundheitsberufe/drogistin\_drogist.html

Kantonsapothekeramt  
Rathausgasse 1  
Postfach  
3000 Bern 8

T 031 633 79 26

F 031 633 79 28

[info.kapa@gef.be.ch](mailto:info.kapa@gef.be.ch)

[www.be.ch/kapa](http://www.be.ch/kapa)

**Erstausstellung**

**Verlängerung**

**Angaben zum/zur Gesuchsteller/in = BetriebsleiterIn**

Name:

Vorname:

Datum Berufsausübungsbewilligung Kt. Bern (BAB):

Pensum im Betrieb:       % (Anstellungsgrad)

Tel.Nr.:

E-Mail:

**Angaben zum Betrieb**

Name:

Strasse:

PLZ/Ort:

Telefon:

E-Mail:

**Angaben zum/zur Stellvertreter/in im antragstellenden Betrieb**

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ/Ort:

Geburtsdatum:

Heimatort:

Telefon:

E-Mail:

Datum Diplom/Lehrabschluss

Im Betrieb seit (Datum): ……….………..

Arbeitspensum im Betrieb in %: ...........     % (Anstellungsgrad gemäss Arbeitsvertrag)

**Weitere Angaben zum/zur Stellvertreter/in im antragstellenden Betrieb**

**Qualifikation:**

Drogist/in EFZ

Berufspraxis bei Erstausstellung:   
Mindestens 1 Jahr Berufserfahrung (mind. 80% Anstellungsgrad) in der antragstellenden Drogerie als Drogist/in EFZ (in dieser Zeit kann Stv. Kurs besucht werden).

Berufspraxis bei Wechsel in andere Drogerie (ab Zweitausstellung)  
Mindestens 3 Monate Einarbeitungszeit in der neuen Drogerie (mind. 80% Anstellungsgrad)

Zusatzausbildung (Stv. Kurs ESD vom [Datum]): .........................     .)

**Anstellung:**

unbefristet

befristet bis ……….………..

**Stellvertretung für:**

wöchentliche Vertretungen Tage/Woche

Ferien

Militärdienst

Andere (bitte angeben)

**Kontaktperson (DrogistIn mit BAB des Kt. BE), die von der Stellvertretung bei Fragen kontaktiert werden kann:**

Name:

Vorname:

PLZ/Ort:

Datum BAB Kt. Bern:

Telefon:

Wir bestätigen, dass die Aufgaben, Rechte, Pflichten und Verantwortlichkeiten als Stellvertreter schriftlich geregelt sind (Arbeitsvertrag, Stellenbeschreibung, Pflichtenheft etc.) und die Stellvertretungen im Rahmen der Stellvertretungen entsprechend dem betriebseigenen Qualitätssicherungssystem dokumentiert werden.

Ort/Datum:

………………………………………………… ………………………………………………..

Unterschrift Gesuchstellerin/Gesuchsteller Unterschrift Stellvertreterin/Stellvertreter

**Folgende Unterlagen sind dem Gesuch bei Erstausstellung beizulegen:**

Fähigkeitszeugnis (Drogisten EFZ)

Bestätigung über Zusatzausbildung (Stv. Kurs ESD)

Bei StV-Erstausstellung: Mindestens 1 Jahr (mind. 80% Anstellungsgrad) in der antragstellenden Drogerie als Drogist/in EFZ (in dieser Zeit kann Stv. Kurs besucht werden).

Ab StV-Zweitausstellung: Beim Wechsel von Personen mit Stv. Bewilligung in eine andere Drogerie: Der Antrag für die neue Drogerie kann frühestens nach einer Einarbeitungszeit von mind. 3 Monaten (bei mind. 80% Anstellungsgrad) erfolgen.

Name und Adresse der Kontaktperson (DrogistIn mit BAB des Kt. BE), die von der Stellvertretung bei Fragen kontaktiert werden kann

**Folgende Unterlagen sind dem Gesuch bei Verlängerung beizulegen:**

BestätigungWiederholungskurse