



## Meldeformular Beschäftigung einer Apothekerin / eines Apothekers in Weiterbildung

Meldender Betrieb	
Name des Betriebs	
Adresse	
PLZ / Ort	
Name und Vorname der verantwortlichen Person (Weiterbildnerin / Weiterbildner)	
GLN Nummer der verantwortlichen Person	

Apothekerin / Apotheker in Weiterbildung	
Name / Vorname	
Adresse	
PLZ / Ort	
GLN Nummer	
Datum Arbeitsbeginn	

Unterschrift der Weiterbildnerin / des Weiterbildners	
<b>Ort, Datum</b>	<b>Unterschrift</b>

Unterschrift der Apothekerin / des Apothekers in Weiterbildung	
Die Apothekerin / der Apotheker in Weiterbildung bestätigt mit ihrer / seiner Unterschrift, dass sie / er die Weiterbildung FPH in Offizinpharmazie oder FPH in Spitalpharmazie in der oben aufgeführten öffentlichen Apotheke / Spitalapotheke absolviert.	
<b>Ort, Datum</b>	<b>Unterschrift</b>

<b>Bestätigung des Gesundheitsamts Graubünden</b>	
<b>Ort, Datum</b>	<b>Stempel</b>

<b>Einzureichende Beilagen</b>
--------------------------------

- Kopie der Bestätigung der FPH über die Zulassung zur Weiterbildung und Anerkennung als Weiterbildungsstätte
- Sofern die Ausbildung der Apothekerin / des Apothekers in Weiterbildung nicht mehrheitlich in einer Amtssprache des Kantons erfolgt ist: Sprachzertifikat für Deutsch, italienisch oder romanisch (Niveaustufe B2 gemäss dem gemeinsamen europäischen Referenzrahmen für Sprachen)

Bitte Meldeformular ausgefüllt mit den erforderlichen Beilagen per Post oder Mail zustellen an:

Gesundheitsamt Graubünden, Kantonsapothekerin, Hofgraben 5, 7001 Chur, Email: [eva.burkard-berther@san.gr.ch](mailto:eva.burkard-berther@san.gr.ch)