



## Beilagen

Kopie eines gültigen amtlichen Ausweises (Pass oder Identitätskarte; ID bitte beidseitig kopieren)

Kopie eidg. Fähigkeitszeugnis (EFZ)

Allfällige Bestätigung über Gleichwertigkeit einer ausländischen Grundausbildung

Zeugnisse/Arbeitsbestätigungen von mind. 3 Jahren Berufspraxis in einer Apotheke in der Schweiz

## Berufliche Tätigkeiten

(**Chronologische lückenlose** Aufstellung Ihrer Arbeitsstellen, beginnend nach dem Lehrabschluss bis und mit der gegenwärtigen beruflichen Tätigkeit; **davon müssen 3 Jahre mit Zeugnissen oder Arbeitsbestätigungen nachgewiesen werden**).

Betrieb und Ort	Tätigkeit	von		bis	
		Monat	Jahr	Monat	Jahr

## Administrative Weisungen

Die Prüfungsgebühr von CHF 1'450.-- (inkl. Fachausweis und Eintrag ins Berufsregister sowie Diplomfeier) ist bis spätestens 15. April 2024 auf IBAN CH21 0900 0000 8731 3469 5 (Berufsprüfung Pharma) zu überweisen. Anmeldungen sind erst gültig, wenn die Prüfungsgebühr bezahlt ist. Bei einem Rücktritt bis 3 Monate vor Beginn der Prüfung wird der einbezahlte Betrag unter Berücksichtigung der entstandenen Kosten rückerstattet, danach nur noch, wenn ein entschuldbarer Grund vorliegt (siehe Prüfungsordnung Ziff. 3.4 Kosten sowie Ziff. 4.2 Rücktritt).

**Anmeldefrist: 15. April 2024**

Zu spät eintreffende Anmeldungen werden nicht berücksichtigt!

Anmeldung senden an [admin@pharma-betriebsassistentin.ch](mailto:admin@pharma-betriebsassistentin.ch) oder

per Post an: Prüfungskommission Pharma, Verena-Conzett-Strasse 23, 8004 Zürich

## Hinweise zum Datenschutz

Alle Daten und Unterlagen werden entweder gemäss gesetzlicher Pflicht aufbewahrt oder, wenn keine Beschwerde hängig ist, nach Ablauf der Beschwerdefrist vernichtet. Die erforderlichen Daten werden ans SBFI zur Bestellung der Fachausweise weitergegeben. Sie werden mit untenstehenden Ausnahmen ausschliesslich von der PK Pharma intern benutzt:

Ich willige ein, dass mein Name und mein Vorname sowie mein Wohnort nach erfolgreicher Prüfung veröffentlicht werden dürfen.

ja      nein

Ich willige ein, dass die Prüfungskommission meine Noten zur Auswertung an mein Bildungsinstitut übergibt.

ja      nein

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit den vertraglichen Bedingungen und der Datenschutzerklärung einverstanden und bestätige die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift