



Schnupperlehre

Bewerbungsformular

Personalien

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ + Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Aktuelle Klasse: _____

Was wir gerne über dich wüssten...

Wie hast du von diesem
Beruf erfahren?

Wie bist du auf unser Geschäft
aufmerksam geworden?

Was erwartest du von
der Schnupperlehre?

Warst du bereits in einer
Apotheke schnuppern?

☐ Ja, Welche? _____ ☐ Nein

Welche Berufe würden dich
Interessieren?

Wann würdest du gerne bei uns schnuppern kommen? Bitte nenne uns 3 Daten.

☐ _____ ☐ _____ ☐ _____

Andere Bemerkungen:

Vielen Dank für deine Interesse an einer Schnupperlehre in unserem Betrieb.
Sende uns dieses Bewerbungsformular am besten per Mail an falknis@pill.ch.
oder gibt es einfach bei uns in der Apotheke ab.

Wir werden uns schnellstmöglich bei dir melden und freuen uns sehr, dich kennenzulernen.

FALKNIS
A P O T H E K E