**FORMULAIRE DU PERSONNEL - Année : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| Pharmacie: |  |
| Pharmacien responsable: |  |
| Propriétaire: |  |
| Adresse: |  |
|  |
| Tél et Fax: |  | / |
| E-mail: |  |
|  |  |
| Signature:(resp. rempli par) |  |
| Date: |  |

**Personnel:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Nom* | *Fonction* | *Taux d’activité* |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Instructions:** Toute personne ayant travaillé dans l’équipe de la pharmacie lors de l’année civile concernée est à citer dans ce formulaire. Si le formulaire est envoyé sous forme électronique, une signature n’est pas nécessaire, mais la personne ayant rempli le formulaire doit être identifiable (citer nom sous signature). Il est à envoyer à: elena.imhasly@admin.vs.ch ou pharmacien-cantonal@admin.vs.ch.

Veuillez regrouper les personnes par métier. N’oubliez pas de citer aussi le pharmacien responsable et ses remplaçants avec leur taux d’activité. Pour les personnes travaillant peu d’heures, s’il est difficile de donner un taux fixe, indiquer “travail à l’heure”. Les lignes non utilisés sont à effacer. Merci!