Name:

Vorname:

Telefonnummer:

E-Mail:

Mögliche Daten für eine Schnupperlehre (prinzipiell 5 Tage):

Weshalb möchtest du in der Apotheke Gränichen AG eine Schnupperlehre absolvieren?

Hast du bereits eine Schnupperlehre an einem anderen Ort absolviert? Wenn ja, wo und in welchem Beruf?

Bitte sende und das vollständig ausgefüllte Formular mit einem Foto von dir, deinem Lebenslauf und dem letzten Zeugnis der Schule an die Apotheke Gränichen AG. Alle benötigten Angaben sind folgend: