

**Antrag auf Erteilung einer Erlaubnis zum Betrieb
einer Apotheke - und ____Filialapotheken*) - nach § 2 Apothekengesetz
(ApoG)**

Hiermit beantrage ich

Name, Vorname (ggf. Geburtsname)

Geburtsdatum und -ort

wohnhaft in (Anschrift Privatadresse)

für die Apotheke: _____

- und die Filialapotheken*) -: _____

die Erteilung einer Genehmigung zum Betrieb einer Apotheke nach § 2 ApoG.

Der geplante Übernahme/Eröffnungstermin ist der: _____ (TT.MM.JJJJ)

Ort, Datum

Unterschrift (Vorname u. Name)

Ich bin damit einverstanden, dass die Erlaubnisbehörde meine Daten verarbeitet und sie zur Erfüllung der im Zuständigkeitsbereich der Apothekenaufsicht und Arzneimittelüberwachung anfallenden Aufgaben nutzt.

Ort, Datum

Unterschrift (Vorname u. Name)

*) Nichtzutreffendes streichen