

Zur Übernahme der Filialleitung einer öffentlichen Apotheke/Leitung einer Krankenhausapotheke

für die

(Apothekename und -anschrift)

gebe ich folgende **Erklärung** gemäß § 2 ApoG ab:

1. Ich bin voll geschäftsfähig.
2. Es sind keine straf- und berufsgerichtlichen Verfahren gegen mich anhängig. Die Ausübung des Apothekerberufes ist mir nicht untersagt.
3. Ich bin nicht im Besitz einer Erlaubnis für eine andere Apotheke in der Bundesrepublik Deutschland. Es bestehen keine Pacht-, Besitz- oder Beteiligungsverhältnisse meinerseits an anderen Apotheken in der Bundesrepublik Deutschland.
4. Ich betreibe keine / nachstehend angegebene Apotheke(n) * in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaften oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und verpflichte mich, jede Eröffnung, den Kauf, die Pacht, den sonstigen Erwerb oder die Beteiligung an einer weiteren Apotheke in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaften oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum der zuständigen Behörde anzuzeigen.

* (Unzutreffendes durchstreichen) Es handelt sich um folgende Apotheke (Betriebsbezeichnung und Sitz der betreffenden Apotheke(n) - ggf. auf besonderem Blatt aufführen):

Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

Ich bin mir darüber im Klaren, dass, wenn diese Erklärung inhaltlich unzutreffend oder unvollständig ist und damit eine der Voraussetzungen nach § 2 ApoG nicht vorgelegen hat, ich mich bei meiner Berufsausübung für die Leitung einer Apotheke als unzuverlässig erwiesen habe.

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 u. Arzneimittelüberwachung anfallenden Aufgaben nutzt.

Ort, Datum

Unterschrift (Vorname u. Name)