

Ärztliche Bescheinigung Antragsteller

(zur Vorlage beim Gesundheitsamt des Kreises Minden-Lübbecke)

Hiermit bescheinige ich, dass Frau / Herr _____, geb. am

_____, nicht in gesundheitlicher Hinsicht ungeeignet ist, eine Apotheke

ordnungsgemäß zu leiten (§ 2 Abs. 1 Nr. 7 ApoG).

_____, _____
(Ort) (Datum)

(Stempel, Unterschrift)

Ärztliche Bescheinigung Filialleitung

(zur Vorlage beim Gesundheitsamt des Kreises Minden-Lübbecke)

Hiermit bescheinige ich, dass Frau / Herr _____, geb. am

_____, nicht in gesundheitlicher Hinsicht ungeeignet ist, eine Apotheke

ordnungsgemäß zu leiten (§ 2 Abs. 1 Nr. 7 ApoG).

_____, _____
(Ort) (Datum)

(Stempel, Unterschrift)