



Mühlenkreis
MINDEN-LÜBBECKE

Name und Anschrift der Hauptapotheke

(z. B. Stempel)

Kreis Minden-Lübbecke
Gesundheitsamt
-Apothekenaufsicht-
Portastr. 13
32423 Minden

Anzeige über den Wechsel der Filialleitung gemäß § 2 Abs. 5 Nr. 2 ApoG

Sehr geehrte Damen und Herren,

ab dem _____ wird Herr/Frau Apotheker/in _____
(Datum) (Name, Vorname)

die Leitung der _____ übernehmen.
(Name und Anschrift der Filialapotheke)

Für die o.g. Person wurde ein amtliches **Führungszeugnis** (Belegart 0 – zur Vorlage bei der Behörde; Verwendungszweck „Leitung Filialapotheke“) beantragt.

Folgende Unterlagen der neuen Filialleitung habe ich dieser Anzeige beigelegt:

- **amtlich beglaubigte Kopie der Approbationsurkunde**
- **ärztliches Gesundheitszeugnis (Anlage 1)**
- **beruflicher Werdegang (Lebenslauf)**
- **Kopie des Arbeitsvertrages**
- **beglaubigte Kopie des Personalausweises**
- **Nachweis der bisherigen beruflichen Tätigkeit für den Zeitraum der letzten 24 Monate (z.B. Arbeitszeugnisse)**
- **Bescheinigung der Apothekerkammer nach § 6 Abs. 1 Nr. 11 Heilberufsgesetz NRW**

(Ort und Datum)

(Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers /
Unterschriften aller Gesellschafter/innen in Falle einer GBR oder OHG)

Anmerkung

Die Änderung ist dem Gesundheitsamt zwei Wochen vor dem Wechsel der Filialleitung anzuzeigen.

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 Apothe-

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

(Ort)

(Datum)

(Stempel, Unterschrift)