

MERKBLATT

zum Antrag auf Erteilung einer Erlaubnis zum Betrieb einer Apotheke, ggf. mit bis zu drei Filialapotheken nach § 1 Absatz 2 und 3 Apothekengesetz (Stand Dezember 2015)

I. Grundlegende Rechtsvorschriften (in der jeweils gültigen Fassung)

- Gesetz über das Apothekenwesen (Apothekengesetz-ApoG)
- Verordnung über den Betrieb von Apotheken (Apothekenbetriebsordnung-ApBetrO)

II. Antragstellung

Einen formlosen Antrag mit den erforderlichen Unterlagen (vgl. Punkt IV) richten Sie bitte an den

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

III. Allgemeine Hinweise

Für die Erteilung der Betriebserlaubnis ist eine ausreichende Vorlaufzeit einzuplanen. Daher sollte der Antrag mindestens 10 bis 12 Wochen vor dem gewünschten Erlaubnisterrmin dem Gesundheitsamt vorgelegt werden. Vorsorglich wird auf die Vorschrift des § 23 ApoG hingewiesen, wonach das Betreiben einer Apotheke ohne die dafür erforderliche Erlaubnis eine Straftat darstellt. Die Kosten für die Betriebserlaubnis betragen je nach Prüfungsaufwand und Anzahl der Filialen nach der allg. Verwaltungsgebührenordnung NRW zwischen 250 € - 2.500 €. Bei Ablehnung oder Rücknahme eines bereits teilweise bearbeiteten Antrages werden ebenfalls Gebühren erhoben.

Zur Erleichterung und Beschleunigung des Verfahrens werden Sie um vollständige Vorlage der unter Punkt IV aufgeführten Unterlagen gebeten. Erst dann ist eine abschließende Bearbeitung möglich.

Gegebenenfalls kann im Einzelfall die Vorlage weiterer Unterlagen erforderlich werden. Hierzu erhalten Sie dann gesondert Nachricht vom Gesundheitsamt.

Bitte beachten Sie, dass zum Zeitpunkt der Abnahmebesichtigung durch den Amtsapotheker die Apotheke vollständig betriebsbereit sein muss!

Bei Rückfragen zum Antrag auf Erteilung einer Erlaubnis zum Betrieb einer oder mehrerer Apotheken wenden Sie sich bitte an: Kreis Minden-Lübbecke -Gesundheitsamt- Portastr. 13 in 32423 Minden

- gesundheitsamt@minden-luebbecke.de
- Tel. 0571/807-28540
- Fax 0571/807-38540
-

IV. Erforderliche Unterlagen

Durch den Inhaber der **Hauptapotheke** vorzulegen:

- Formloser Antrag mit Angabe des geplanten Eröffnungstermins (vgl. Muster Anlage 1).
- Die beglaubigte Kopie der deutschen Approbationsurkunde.
- Knapper (tabellarischer) Lebenslauf, der Angaben über die Ausbildung und die beruflichen Tätigkeiten nach Erteilung der Approbation enthält (§ 2 Absatz 3 ApoG). Die Ausführungen sind handschriftlich zu unterzeichnen.
Wurde von der Antragstellerin / dem Antragsteller nach der Approbation mehr als zwei Jahre lang ununterbrochen keine pharmazeutische Berufstätigkeit ausgeübt, so kann die Erlaubnis nur erteilt werden, wenn die Antragstellerin / der Antragsteller im letzten Jahr vor der Antragstellung eine solche Tätigkeit mindestens 6 Monate lang hauptberuflich wieder in einer im Geltungsbereich des Apothekengesetzes gelegenen Apotheke ausgeübt hat.
- Nachweis(e) über die bisherige beruflichen Tätigkeit (§ 2 Abs. 3 ApoG) z.B. Arbeitszeugnisse.
- Berufliche Nebentätigkeit im Sinne von § 2 Abs. 3 ApBetrO (Darlegung der Nebentätigkeit nach Art und Umfang, insbesondere Offenlegung der persönlichen und zeitlichen Inanspruchnahme).
- Eine ärztliche Bescheinigung (vgl. Muster Anlage 2) mit folgendem Inhalt: „Herr/Frau Mustermann/-frau ist nicht in gesundheitlicher Hinsicht ungeeignet, eine Apotheke ordnungsgemäß zu leiten.“ (§ 2 Abs. 1 Nr. 7) sowie Name, Anschrift, Stempel und Unterschrift des Arztes. Diese Bescheinigung darf nicht älter als drei Monate sein.
- Ein Führungszeugnis, das nicht älter als einen Monat sein darf (Belegart OB = zur direkten Zusendung an die zuständige Behörde). Bitte im Verwendungszweck „Apothekenbetriebslaubnis“ angeben.
- Eine Bescheinigung der Apothekerkammer nach § 6 Abs. 1 Nr. 11 Heilberufsgesetz.
- Ein Nachweis, dass die Antragstellerin/der Antragsteller Deutsche/Deutscher oder Angehörige/Angehöriger eines der übrigen Mitgliedstaaten der EU oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den europäischen Wirtschaftsraum oder Heimatlose Ausländerin/heimatloser Ausländer ist. Dies kann durch einen Staatsangehörigkeitsausweis oder eine beglaubigte Kopie des Personalausweises bzw. des Reisepasses nachgewiesen werden.
- Einrichtungsplan der Apothekenbetriebsräume (Maßstab 1:100 oder 1:50) in dreifacher Ausfertigung, aus dem die Größe, die Lage, die Einrichtung sowie die Funktionsbezeichnungen der einzelnen Apothekenbetriebsräume ersichtlich ist. Die Größe der Räume ist jeweils in m² anzugeben.

Im Falle einer Apothekenneuplanung: bauamtlich genehmigte Baupläne und Ansichtszeichnung sowie pharmazeutische Baubeschreibung.

Bei der Übernahme einer bestehenden Apotheke kann nur dann auf die Vorlage von Bauplänen verzichtet werden, wenn sich keine Änderungen an den Plänen ergeben haben, die der Behörde bereits vorliegen.

- Bezeichnung des Grundstücks nach Straße, Hausnummer, Gemarkung, Flur und Flurstück
- Ein Nachweis der Verfügungsgewalt der Antragstellerin/des Antragstellers über die Apothekenbetriebsräume:
 - Sofern er/sie nicht Eigentümer/in der Apothekenbetriebsräume ist, dient als Nachweis die Vorlage des Mietvertrages.

- Im Falle der Untervermietung, sind neben den Untermietverträgen auch die Hauptmietverträge vorzulegen.
 - Sofern er/sie selbst Eigentümer/in der Apothekenbetriebsräume ist, dient als Nachweis die Vorlage eines Grundbuchauszuges.
- Eine Ausfertigung des Apothekenpachtvertrages und ggf. des Schiedsvertrages, wenn die Erlaubnis zum Betrieb der Apotheke als Pächter/in beantragt wird.
- Eine Ausfertigung des Kaufvertrages, Schenkungsvertrages oder des Erbscheines, wenn die Erteilung zum Betrieb einer bestehenden Apotheke nach Kauf, Schenkung oder Erbschaft beantragt wird.
- Eine Ausfertigung des OHG- oder GbR-Vertrages, falls die Apotheke in Form einer Offenen Handelsgesellschaft oder Gesellschaft bürgerlichen Rechts betrieben werden soll.
- Eine Erklärung der Antragstellerin/des Antragstellers (vgl. Muster Anlage 3) mit Angaben über:
- die Geschäftsfähigkeit,
 - evtl. Strafverfahren, berufsgerichtliche Verfahren und Ermittlungsverfahren sowie zur Berechtigung der Berufsausübung im Hinblick auf die Prüfung der Zuverlässigkeit,
 - den Betrieb weiterer Apotheken,
 - die vollständige Vorlage aller Verträge und Vereinbarungen, die mit der Errichtung und dem Betrieb der Apotheke im Zusammenhang stehen,
 - die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

Diese Erklärung ist mit dem beigefügten Vordruck „Erklärung zum Antrag auf Erteilung der Apothekenbetriebslaubnis“ (Muster s. Anlage 3) abzugeben.

Das Gesundheitsamt ist unverzüglich über alle nachträglichen Änderungen der eingereichten Verträge sowie über alle nachträglich geschlossenen Verträge und/oder Vereinbarungen, die mit dem Betrieb der Apotheke im Zusammenhang stehen, zu informieren. Auf Verlangen sind diese dem Gesundheitsamt vorzulegen.

- Eine notariell beglaubigte eidesstattliche Versicherung (vgl. Muster Anlage 4), dass keine Vereinbarungen getroffen wurden, die gegen § 8 Satz 2, § 9 Abs. 1, § 10 oder § 11 Apothekengesetz verstoßen. Die Versicherung ist kurzfristig unmittelbar vor Erteilung der Betriebserlaubnis vor einem Notar abzugeben.
- Belege über die Finanzierung der Apothekenverträge (Kreditverträge, Zahlungsbelege, Buchungsbelege etc.).
- Kopie vom Qualitätsmanagementsystem gem. § 2a ApBetrO.
- Eine Aufstellung des Personals mit Angabe der Qualifikation.
- Eine Aufstellung der Öffnungszeiten der Apotheke.

Weiterhin sind folgende Angaben erforderlich:

- Datum, zu dem die Betriebserlaubnis erteilt werden soll
- Zustelladresse für die Erlaubnisurkunde

Wird die Erlaubnis zum Betrieb einer Filialapotheke beantragt, sind durch die Leiterin / den Leiter der Filialapotheke (→ Filialverantwortlicher) folgende Unterlagen vorzulegen:

- Die beglaubigte Kopie der deutschen Approbationsurkunde.
- Knapper (tabellarischer) Lebenslauf, der Angaben über die Ausbildung und die beruflichen Tätigkeiten nach Erteilung der Approbation enthält (§ 2 Absatz 3 ApoG). Die Ausführungen sind handschriftlich zu unterzeichnen.
- Nachweis(e) über die bisherige berufliche Tätigkeit (§ 2 Abs. 3 ApoG) z.B. Arbeitszeugnisse.
- Berufliche Nebentätigkeit im Sinne von § 2 Abs. 3 ApBetrO. (Darlegung der Nebentätigkeit nach Art und Umfang, insbesondere Offenlegung der persönlichen und zeitlichen Inanspruchnahme).
- Eine ärztliche Bescheinigung (vgl. Muster Anlage 2) mit folgendem Wortlaut:
„Herr/Frau Mustermann/-frau ist nicht in gesundheitlicher Hinsicht ungeeignet, eine Apotheke ordnungsgemäß zu leiten.“ sowie Name, Anschrift, Stempel und Unterschrift des Arztes. Diese Bescheinigung darf nicht älter als drei Monate sein.
- Ein Führungszeugnis, das nicht älter als einen Monat sein darf (Belegart OB = zur direkten Zusendung an die zuständige Behörde). Bitte als Verwendungszweck „Apothekenbetriebserlaubnis“ angeben.
- Eine Erklärung (vgl. Muster Anlage 5), dass ihr/ihm die Ausübung des Apothekerberufs nicht untersagt ist sowie dass keine Strafverfahren und keine berufsgerichtlichen Verfahren gegen ihn/sie anhängig sind (§ 2 Abs. 1 Nr. 4) .
- Dienst-/Arbeitsvertrag zwecks Nachweises der Vollbeschäftigung.
- Eine Aufstellung des Personals mit Angabe der Qualifikation.
- Eine Aufstellung der Öffnungszeiten der Filialapotheke.

Achtung: Ein Wechsel der Filialleitung bei einer bereits bestehenden Filialapotheke ist dem Gesundheitsamt zwei Wochen vorher schriftlich anzuzeigen (§ 2 Abs. 5 ApoG). Für die neue Leitung sind die o.a. Unterlagen vollständig und rechtzeitig einzureichen.

Alle Unterlagen (mit Ausnahme des Einrichtungsplans = 3-fach) sind in 2-facher Ausfertigung einzureichen. Verträge und Urkunden sind darüber hinaus im Original oder in amtlich beglaubigter Kopie vorzulegen. Eingereichte Original-Belege erhalten Sie selbstverständlich schnellstmöglich zurück.

Hinweis zur ordnungsgemäßen Übergabe von Betäubungsmitteln bei Kauf, Übernahme oder Pacht einer Apotheke (Betäubungsmittel-Binnenhandels-Verordnung i.V.m. § 4 Abs. 1 Nr. 1 d und § 12 Abs. 1 und 2 Betäubungsmittelgesetz):

Die Übergabe von Betäubungsmitteln bei Besitzerwechsel oder Verpachtung erfolgt nach dem Abgabebefehlsverfahren, d.h. wie die Belieferung von Apotheken durch den Großhandel mit dem dazu verwendeten vierteiligen Formular. Der als Abgabemeldung bezeichnete Teil ist bis spätestens zu dem auf die Übergabe folgenden Werktag an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zu senden.

Die vorhandenen Betäubungsmittelverschreibungen und -lieferscheine sind vom Abgebenden (Verkäufer, Verpächter) drei Jahre aufzubewahren (§ 12 Abs. 4 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung BtMVV). Sie verbleiben nicht in der Apotheke. Die Karteikarten, Betäubungsmittelbücher oder EDV-Ausdrucke nach § 13 Abs. 1 BtMVV sind gemäß § 13 Abs. 3 Satz 1 BtMVV in der Apotheke drei Jahre lang, von der letzten Eintragung an gerechnet, aufzubewahren.

An den
Kreis Minden-Lübbecke
Gesundheitsamt - Apothekenwesen
Portastr. 13
32423 Minden

Antrag auf Erteilung der Erlaubnis zum Betreiben der

Name der Hauptapotheke

Anschrift der Hauptapotheke

als Hauptapotheke sowie der

Name der 1. Filialapotheke

Anschrift der 1. Filialapotheke

Name der 2. Filialapotheke

Anschrift der 2. Filialapotheke

Name der 3. Filialapotheke

Anschrift der 3. Filialapotheke

Hiermit beantrage(n) ich/wir die Erteilung der Erlaubnis zum Betreiben der o. a. Apotheke(n).

- Ich werde die Apotheke(n) allein und eigenverantwortlich betreiben
- Wir werden die Apotheke(n) als
- Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR)
 - Offene Handelsgesellschaft (OHG)

betreiben.

Mit Erteilung der Erlaubnis zum Betrieb einer Hauptapotheke und einer/mehrerer Filialapotheke/n verzichte ich auf die z.Zt. gültige Betriebserlaubnis.

Ich/Wir beabsichtige, die Apotheke(n) zum _____ zu eröffnen/zu übernehmen.

Anlagen:
Antragsunterlagen

(Ort und Datum)

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

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)

Erklärung

zum Antrag auf Erteilung der Betriebserlaubnis für die

Name der Hauptapotheke

Anschrift der Hauptapotheke

als Hauptapotheke sowie der

Name der 1. Filialapotheke

Anschrift der 1. Filialapotheke

Name der 2. Filialapotheke

Anschrift der 2. Filialapotheke

Name der 3. Filialapotheke

Anschrift der 3. Filialapotheke

als Filialapotheke(n) gebe ich gemäß des § 2 des Gesetzes über das Apothekenwesen (ApoG) folgende Erklärung ab:

1. Ich bin voll geschäftsfähig (§ 2 Abs.1 Nr.2 ApoG)
2. Ich bin derzeit nicht im Besitz einer Erlaubnis zum Betrieb einer Apotheke. Außer dem vorliegenden Antrag habe ich bei keiner anderen Behörde in der Bundesrepublik Deutschland einen Antrag auf Erteilung einer Betriebserlaubnis gestellt, über den noch nicht entschieden worden ist.
3. Ich bin derzeit im Besitz der Betriebserlaubnis für folgende Apotheke(n):

Ich werde die Erlaubnis für die vorgenannte(n) Apotheke(n) zum _____ zurückgeben.

Die Rückgabe der Erlaubnis zum v. g. Datum wurde folgender Behörde angezeigt:

_____ (zuständige Behörde für die Apothekenaufsicht)

Eine frühere Betriebserlaubnis habe ich - nicht - besessen.

Eine frühere Betriebserlaubnis habe ich besessen.

Erteilt durch: _____

Entzogen durch: _____

Gründe hierfür sind aus der anliegenden Erklärung ersichtlich.

4. Ich betreibe in keinem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Gemeinschaft oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum eine Apotheke
- Ich betreibe in folgendem(n) Mitgliedsstaat(en) der EU bzw. in folgendem Vertragsstaat des Abkommens über den europäischen Wirtschaftsraum bzw. in folgendem Vertragsstaat, dem Deutschland oder die Europäische Union vertraglich einen entsprechenden Rechtsanspruch eingeräumt haben, folgende Apotheke(n):
 _____ (Angaben zu den Apotheken)
5. Ich beabsichtige, die Apotheke persönlich und in eigener Verantwortung zu leiten.
- Ich beabsichtige, die Apotheke(n) in Form einer Gesellschaft des bürgerlichen Rechts / Offenen Handelsgesellschaft zusammen mit folgenden Gesellschaftern zu betreiben:

- Ich beabsichtige, Frau/Herrn _____ mit der Leitung der 1. Filialapotheke
 Ich beabsichtige, Frau/Herrn _____ mit der Leitung der 2. Filialapotheke
 Ich beabsichtige, Frau/Herrn _____ mit der Leitung der 3. Filialapotheke
zu beauftragen.

6. Ich beabsichtige, die _____-Apotheke(n) als bereits bestehende Apotheke(n) ohne Veränderungen im Rahmen der bisherigen Gestaltung und Nutzung weiter zu betreiben. Die der zuständigen Behörde vorliegenden Pläne vom _____ sollen als Grundlage der neu beantragten Betriebserlaubnis dienen.
- Ich beabsichtige, die _____-Apotheke(n) als bereits bestehende Apotheke mit Veränderungen zu betreiben. Die geplanten Veränderungen belege ich anhand der in 3facher Ausfertigung eingereichten Einrichtungspläne der Apothekenräume, aus denen die Größe, Lage, Einrichtung sowie Funktionsbezeichnungen im Einzelnen ersichtlich sind; ggf. bauamtlich genehmigte Baupläne sowie pharmazeutische Baubeschreibung
7. Ich bin - nicht - vorbestraft.
 Ich bin - nicht - berufsgerichtlich bestraft worden.
 Ein gerichtliches Strafverfahren, ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren, ein Berufungsgerichtsverfahren ist - nicht - anhängig.
 Gegen meine Person ist ein
 Strafverfahren
 staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren
 Berufungsgerichtsverfahren

anhängig, und zwar bei _____

unter dem Aktenzeichen: _____.

8. Alle im Rahmen der Neugründung/Anpachtung oder des Kaufes der o.g. Apotheke(n) abgeschlossenen Verträge und Vereinbarungen sowie alle anderen Verträge, die mit der Einrichtungen und dem Betrieb der Apotheke(n) im Zusammenhang stehen, sind dem Gesundheitsamt vorgelegt worden.

Ferner bestätige ich hiermit, dass die bereits bestehenden Betriebe (Apotheken) den derzeitigen Bestimmungen des Apothekenrechts entsprechen. Außerdem bestätige ich, dass alle Verträge, die im Zusammenhang mit dem Betrieb der bestehenden Apotheke(n) stehen, insbesondere Mietverträge, dem Gesundheitsamt in der aktuell gültigen Fassung vorliegen und Änderungen sowie alle nachträglich geschlossenen Verträge und/oder Vereinbarungen mitgeteilt und auf Verlagen vorgelegt werden.

9. Meine Angaben sind richtig. Ich bin mir bewusst, dass bereits die Unrichtigkeit einzelner Angaben zur Zurücknahme der Betriebserlaubnis führen kann.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

UR-B-Nr.

Verhandelt zu _____ am _____

vor dem unterzeichneten Notar _____ in _____

Zur Beurkundung einer

Versicherung an Eides statt

nach § 2 Abs 1 Nr. 5 des Gesetzes über das Apothekenwesen (Apothekengesetz – ApoG)

erschien Herr/Frau _____
(Name, Vorname, ggf. Geburtsname)

Geboren am: _____ in: _____

wohnhaft in _____
(Ort) (Straße)

dem Notar persönlich bekannt / ausgewiesen durch Personalausweis / Reisepass Nr. _____

ausgestellt am _____ durch _____

Der/Die Erschienene erklärte:

Zur Vorlage beim Gesundheitsamt des Kreises Minden-Lübbecke benötige ich für die von mir beantragte Erlaubnis zum Betrieb der

Name der Hauptapotheke

Anschrift der Hauptapotheke

als Hauptapotheke sowie der

Name der 1. Filialapotheke

Anschrift der 1. Filialapotheke

Name der 2. Filialapotheke

Anschrift der 2. Filialapotheke

Name der 3. Filialapotheke

Anschrift der 3. Filialapotheke

eine Versicherung an Eides statt.

Ich versichere an Eides statt, dass ich keine Rechtsgeschäfte vorgenommen oder Absprachen getroffen habe, die gegen § 8 Satz 2, § 9 Abs. 1, §§ 10 oder 11 des Gesetzes über das Apothekenwesen verstoßen. Wortlaut und Bedeutung dieser Vorschriften sind mir bekannt.

Vom Notar über die Bedeutung einer eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer vorsätzlich oder fahrlässig falsch abgegebenen Versicherung an Eides statt belehrt, versichere ich an Eides statt, dass mir nichts bekannt ist, was die Richtigkeit meiner vorstehenden Angaben entgegensteht.

Ich beantrage die Erteilung einer Ausfertigung zur Vorlage beim Gesundheitsamt Minden-Lübbecke als untere Gesundheitsbehörde.

Diese Niederschrift wurde dem Erschienenen von dem Notar vorgelesen, von ihm genehmigt und von ihm und dem Notar eigenhändig unterschrieben

(Unterschrift des Klienten)

(Unterschrift des Notars)

Erklärung Filialleitung

zum Antrag auf Erteilung der Betriebserlaubnis für eine Filialapotheke

Herr/Frau _____
(Name, Vorname, ggf. Geburtsname)

Geboren am: _____ in: _____

wohnhaft in _____
(Straße) (Ort)

Filialapotheke: _____ in _____

Als Verantwortliche/r für die Filialapotheke der/des Frau/Herrn _____

gebe ich folgende Versicherung gemäß § 2 des Gesetzes über das Apothekenwesen (Apothekengesetz - ApoG) von 1960 (Neugefasst durch Bek. v. 15.10.1980 I 1993) - in der zz. geltenden Fassung- ab:

1. Ich bin voll geschäftsfähig (§ 2 Abs. 1 Nr. 2 ApoG).
2. Ich bin weder straf- noch berufsgerichtlich vorbestraft, auch sind keine derartigen Verfahren in der Bundesrepublik Deutschland, in einem anderen Mitgliedsstaat der EU oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den europäischen Wirtschaftsraum gegen mich anhängig (§ 2 Abs. 1 Nr. 4 ApoG).
3. Derzeit betreibe ich keine Apotheke in einem anderen Mitgliedsstaat der EU oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den europäischen Wirtschaftsraum. Jede diesbezügliche Änderung werde ich - unter Angabe des Ortes und des Staates - der unteren Gesundheitsbehörde mitteilen (§ 2 Abs. 1 Nr. 8 ApoG).
4. Ich bin derzeit nicht im Besitz einer Erlaubnis zum Betrieb einer Apotheke. Ich habe bei keiner Behörde in der Bundesrepublik Deutschland einen Antrag auf Erteilung einer Betriebserlaubnis gestellt, über den noch nicht entschieden worden ist.
5. Ich versichere, dass ich als Leiter/in der Filialapotheke die Verpflichtung erfüllen werde, wie sie im Apothekengesetz und in der Apothekenbetriebsordnung für Apothekenleiter festgelegt sind.
6. Mir ist bekannt, dass ich als Filialleiter/in für die Einhaltung der Vorschriften des Apotheken-, Arzneimittel- und Betäubungsmittelrechts in der Filialapotheke verantwortlich bin und im Falle einer Ordnungswidrigkeit ein eventuelles Verfahren gegen mich als Filialleiter/in geführt werden wird.
7. Ich übe eine berufliche oder gewerbsmäßige Nebentätigkeit gem. § 2 Abs. 3 ApBetrO aus ja nein.

(Ort, Datum)

(Unterschrift Filialleiter/- in)