

Name und Anschrift der Hauptapotheke:

(z. B. Stempel)



Empfänger:

Kreis Minden-Lübbecke
Gesundheitsamt
- Apothekenaufsicht -
Portastraße 13
32423 Minden

**Vertretung durch eine Pharmazieingenieurin oder Apothekenassistentin/
einen Pharmazieingenieur oder Apothekerassistenten**

Sehr geehrte Damen und Herren,

trotz entsprechender Bemühungen war es nicht möglich, gemäß § 2 Abs. 5 Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) einen Apotheker als Vertreter während meiner Abwesenheit von der Apotheke zu gewinnen.

Unter Beachtung des § 2 Abs. 6 ApBetrO nehme ich die Möglichkeit der Vertretung durch eine Pharmazieingenieurin/einer Apothekenassistentin bzw. einen Pharmazieingenieur/Apothekerassistenten in Anspruch. Es vertritt mich in der Zeit

am/vom _____ bis _____
(Anfangsdatum) (Enddatum)

Frau/Herr Pharmazieingenieur*in/Apothekenassistent*in

(Vor- und Nachname)

die/der die Anforderung gemäß § 2 Abs. 6 ApBetrO erfüllt.

(Ort und Datum)

(Unterschrift Apothekenleiter/Unterschriften aller Gesellschafter*innen in Falle einer GbR oder OHG)

Anmerkung:

Bei planbaren Abwesenheiten ist die Abmeldung rechtzeitig (1 Woche) vor dem 1. Tag der Abwesenheit an das Gesundheitsamt zu senden.