

An
Kreis Mettmann
Gesundheitsamt
Postfach
40806 Mettmann

Erklärung gem. § 2 Apothekengesetz (ApoG) – Antragsteller_in

Anlage zum Antrag auf Erteilung der Betriebserlaubnis

Zu meinem Antrag vom _____ auf Erteilung einer Apothekenbetriebserlaubnis
gebe ich

Name, Vorname _____

Anschrift _____

für meine Apotheke(n)

Name Hauptapotheke _____

in _____

Name 1. Filialapotheke _____

in _____

Name 2. Filialapotheke _____

in _____

Name 3. Filialapotheke _____

in _____

Name 4. Filialapotheke _____

in _____

folgende Erklärung gem. § 2 Apothekengesetz (ApoG) ab:

- Ich bin voll geschäftsfähig (§ 2 Abs. 1 Nr. 2 ApoG).
- Ich bin weder straf- noch berufsrechtlich vorbestraft; auch sind keine derartigen Verfahren in der Bundesrepublik Deutschland, in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaften oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum gegen mich anhängig. Die Ausübung des Apothekenberufes ist mir nicht untersagt.
- Ich bin nicht im Besitz einer weiteren Apothekenbetriebserlaubnis in der Bundesrepublik Deutschland. Es bestehen keine Pacht-, Besitz- oder Beteiligungsverhältnisse meinerseits an anderen Apotheken in der Bundesrepublik Deutschland.
- Außer den vorgelegten Verträgen (Kauf- oder Pachtvertrag über die Apotheken sowie Mietvertrag oder Eigentumsnachweis in Form eines Kaufvertrages oder Grundbuchauszuges für die Apothekenräume), bestehen keine anderen Verträge, die mit der Einrichtung oder dem Betrieb der Apotheken in Zusammenhang stehen.
- Ich betreibe keine Apotheke in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaften oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum.
- Ich betreibe eine Apotheke in folgendem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaften oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum: _____
- Ich verpflichte mich, jede Eröffnung, Kauf, Pacht, sonstigen Erwerb oder Beteiligung an einer weiteren Apotheke in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Gemeinschaften oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum dem Kreisgesundheitsamt Mettmann anzuzeigen.

Ort, Datum, Unterschrift Antragsteller_in

Erklärung gem. § 2 Apothekengesetz (ApoG) – Filialleiter_in

Anlage zum Antrag auf Erteilung der Betriebserlaubnis

Für die Filialapotheke _____

in _____

gebe ich als Filialleiter_in

Name, Vorname _____

Anschrift _____

folgende Erklärung gem. § 2 Apothekengesetz (ApoG) ab:

- Ich bin voll geschäftsfähig (§ 2 Abs. 1 Nr. 2 ApoG).
- Ich bin weder straf- noch berufsrechtlich vorbestraft; auch sind keine derartigen Verfahren in der Bundesrepublik Deutschland, in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaften oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum gegen mich anhängig. Die Ausübung des Apothekenberufes ist mir nicht untersagt.
- Ich bin nicht im Besitz einer weiteren Apothekenbetriebserlaubnis in der Bundesrepublik Deutschland. Es bestehen keine Pacht-, Besitz- oder Beteiligungsverhältnisse meinerseits an anderen Apotheken in der Bundesrepublik Deutschland.
- Außer den vorgelegten Verträgen (Kauf- oder Pachtvertrag über die Apotheken sowie Mietvertrag oder Eigentumsnachweis in Form eines Kaufvertrages oder Grundbuchauszuges für die Apothekenräume), bestehen keine anderen Verträge, die mit der Einrichtung oder dem Betrieb der Apotheken in Zusammenhang stehen.
- Ich betreibe keine Apotheke in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaften oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum.
- Ich betreibe eine Apotheke in folgendem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaften oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum: _____
- Ich verpflichte mich, jede Eröffnung, Kauf, Pacht, sonstigen Erwerb oder Beteiligung an einer weiteren Apotheke in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Gemeinschaften oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum dem Kreisgesundheitsamt Mettmann anzuzeigen.

Ort, Datum, Unterschrift Filialleiter_in