

**Anzeige über die Vertretung der Apothekenleitung
gemäß § 2 Abs. 5 Apothekenbetriebsordnung**



Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG)
Postfach 90 02 36
14438 Potsdam

Kontakt:
Dezernat G3
Apotheken@lavg.brandenburg.de

Eingangsvermerk des LAVG

(Apothekenstempel)

(Datum)

Sehr geehrte Damen und Herren,

trotz entsprechender Bemühungen war es nicht möglich, eine/n Apotheker/in als Vertretung während meiner Abwesenheit von der Apotheke zu gewinnen.

Unter Beachtung des § 2 Abs. 6 Apothekenbetriebsordnung nehme ich die Möglichkeit der Vertretung durch einen / eine Pharmazieingenieur/in in Anspruch.

Es vertritt mich in der Zeit am/vom

bis

Frau / Herr Pharmazieingenieur/in

(Vor- und Zuname)

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

Mit freundlichen Grüßen

(Datum)

(Name in Blockschrift)

(Unterschrift)

Sie können online unter folgenden Links die [Datenschutzerklärung](#) und die [Hinweise zur DSGVO beim Ausfüllen von Formularen des LAVG](#) abrufen.