

MERKBLATT

für die Erteilung einer Genehmigung zur Verwaltung einer Zweigapotheke

Für die Erteilung einer Genehmigung zur Verwaltung einer Zweigapotheke sind folgende Unterlagen mindestens 8 Wochen vor der Übernahme/Eröffnung bzw. einem Wechsel bei dem

Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit
Abteilung Gesundheit
Dezernat G3 Apotheken, Arzneimittel, Medizinprodukte
Wünsdorfer Platz 3
15806 Zossen

einzureichen:

A. Antrag

Formloser Antrag mit Namen und Anschrift der Apotheke und dem Datum, zu dem die Genehmigung zur Verwaltung erteilt werden soll

B. Persönliche Unterlagen:

1. Approbationsurkunde in notarieller oder amtlich beglaubigter Kopie
2. tabellarischer, unterschriebener Lebenslauf
3. tabellarischer Tätigkeitsnachweis nach der Approbation mit einer schriftliche Bestätigung des letzten Arbeitgebers
4. ärztliches Gesundheitszeugnis (siehe Anlage 2)
5. Führungszeugnis Belegart 0; als Verwendungszweck "Apothekenbetriebslaubnis"; nicht älter als 6 Monate
6. Erklärung gemäß § 2 ApoG (siehe Anlage 1)

C. Sonstiges

1. Erklärung, dass der Antragsteller mit einer Mitteilung an die Redaktionen der Zeitschriften „Deutsche Apothekerzeitung“ und „Pharmazeutische Zeitung“ unter Angabe des Vor- und Zunamens des Erlaubnisinhabers, des Namens und der Anschrift der Apotheke sowie des Wirksamwerdens der Genehmigung einverstanden ist (siehe Anlage 3)
2. Zustelladresse für die Genehmigungsurkunde (siehe Anlage 3)

Wichtige Anschriften

Adresse	Tel.	Fax
Landesapothekerkammer Brandenburg Am Buchhorst 18 14478 Potsdam	(03 31) 8 88 66-0	(03 31) 8 88 66-20
Apothekerverband Brandenburg - Geschäftsstelle - Am Buchhorst 18 14478 Potsdam	(03 31) 8 88 65-0	(03 31) 8 88 65-40
Industrie- und Handelskammer FF/O Puschkinstraße 12 b 15236 Frankfurt/Oder	(03 35) 56 21-0	(03 35) 62 12 54
Industrie- und Handelskammer Potsdam Breite Straße 2 a-c 14467 Potsdam	(03 31) 27 86-0	(03 31) 27 86-111
Industrie- und Handelskammer Cottbus Goethestraße 1 03046 Cottbus	(03 55) 3 65-0	(03 55) 365-266
Landesamt für Mess- und Eichwesen Stahnsdorfer Damm 81 15432 Kleinmachnow	(03 32 03) 86 61 10	(03 32 03) 86 61 90

Erklärung

zum Antrag auf Genehmigung zur Verwaltung für die

Name der Apotheke

Anschrift der Apotheke

gebe ich gemäß dem Gesetz über das Apothekenwesen folgende Erklärung ab:

1. Ich bin voll geschäftsfähig.
2. Ich bin weder straf- noch berufsgerichtlich vorbestraft; auch sind keine derartigen Verfahren in der Bundesrepublik Deutschland gegen mich anhängig.
3. Ich bin nicht im Besitz einer Erlaubnis für eine andere Apotheke in der Bundesrepublik Deutschland und habe mich auch nicht anderweitig um eine solche beworben.
4. Ich verpflichte mich der Behörde mitzuteilen, ob und ggf. an welchem Ort ich in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in einem Vertragsstaat, dem Deutschland und die Europäische Union vertraglich einen Rechtsanspruch eingeräumt haben, eine oder mehrere Apotheken betreibe.
5. Ich bin mir darüber im Klaren, dass eine erteilte Genehmigung zur Verwaltung zurückgenommen werden muss, wenn diese Erklärung inhaltlich unzutreffend ist und wenn ich mich bei meiner Berufsausübung für die Leitung einer Apotheke als unzuverlässig erwiesen habe.

Datum

Unterschrift

Ärztliches Gesundheitszeugnis

Hiermit wird bestätigt, dass Frau Apothekerin _____/

Herr Apotheker _____ nicht wegen eines körperlichen Gebrechens oder wegen Schwäche seiner geistigen oder körperlichen Kräfte oder wegen Sucht unfähig oder ungeeignet ist, eine Apotheke zu leiten.

Ort, Datum



Unterschrift und Stempel des Arztes

Einverständniserklärung gemäß Datenschutz

Name:

Anschrift:

Ort, Datum

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Name sowie der Name und die Anschrift der Apotheke in der pharmazeutischen Fachpresse veröffentlicht werden.

Unterschrift

Zustelladresse für die Verwaltungsgenehmigung

Als Zustelladresse für die Verwaltungsgenehmigung gebe ich folgende Anschrift bekannt:
