

Ärztliches Gesundheitszeugnis
Filialleitung

Hiermit wird bestätigt, dass Frau Apothekerin _____/

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

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes