

Erklärungen/schriftliche Versicherungen

gemäß § 2 Gesetz über das Apothekenwesen (ApoG)

Landesdirektion Sachsen
Dienststelle Leipzig
Braustraße 2
04107 Leipzig

1. Angaben zur Person

Frau

Herr

akadem. Grad

Vorname/n

Nachname

2. Angaben zur Apotheke

Hauptapotheke:

Bezeichnung

Straße/Haus-Nr.

PLZ

Ort

1. Filialapotheke:

Bezeichnung

Straße/Haus-Nr.

PLZ

Ort

2. Filialapotheke:

Bezeichnung

Straße/Haus-Nr.

PLZ

Ort

3. Filialapotheke:

Bezeichnung

Straße/Haus-Nr.

PLZ

Ort

3. Erklärungen/schriftliche Versicherungen

Hiermit gebe ich folgende **Erklärung gemäß § 2 ApoG** ab:

1. Ich bin voll geschäftsfähig.
2. Ich bin weder straf- noch berufsgerichtlich vorbestraft; auch sind keine derartigen Verfahren gegen mich anhängig. Die Ausübung des Apothekerberufes ist mir nicht untersagt.
3. Ich bin nicht im Besitz einer Erlaubnis für eine andere Apotheke in der Bundesrepublik Deutschland oder in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaften und habe mich auch nicht anderweitig um eine solche beworben. Es bestehen keine Pacht-, Besitz- oder Beteiligungsverhältnisse meinerseits an anderen Apotheken.
4. Außer den vorgelegten Verträgen bestehen keine anderen Verträge, die mit der Einrichtung oder dem Betrieb der Apotheke im Zusammenhang stehen (z. B. Treuhandverträge, Beraterverträge, Gesellschaftsverträge o. Ä.)

Ich bin mir darüber im Klaren, dass eine erteilte Betriebserlaubnis von der Behörde zurückgenommen werden muss, wenn diese Erklärung inhaltlich unzutreffend oder unvollständig ist und wenn ich mich bei meiner Berufsausübung für die Leitung einer Apotheke als unzuverlässig erwiesen habe.

Ferner ist mir bewusst, dass eine erteilte Betriebserlaubnis auch dann widerrufen werden kann, wenn nachträglich Vereinbarungen getroffen werden sollten, die gegen § 8 Satz 2, § 9 Abs. 1, § 10 oder § 11 ApoG verstoßen.

Schriftliche Versicherung

Ich werde alle im Zusammenhang mit der Gründung und dem Betrieb meiner Hauptapotheke und der Filialapotheke/n abgeschlossenen Verträge auf Verlangen der Landesdirektion Sachsen vorlegen. Ebenso werde ich alle Nebenabreden der Aufsichtsbehörde zur Kenntnis geben.

Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

Datum, Ort

Unterschrift