

Landesdirektion Sachsen
Dienststelle Leipzig
Braustraße 2
04107 Leipzig

Abwesenheitsmeldung der Apothekenleitung

gemäß § 2 Abs. 6 Apothekenbetriebsordnung

Nur für Inhaber einer Einzelapotheke/Filialleiter

Kontakt Empfänger (LDS):
Telefax.: +49 341 977 1199
E-Mail: poststelle@lds.sachsen.de

Hiermit melde ich, dass ich in nachfolgendem Zeitraum die Leitung meiner Apotheke nicht persönlich wahrnehmen werde.

Angaben zur Apotheke *

Einzelapotheke	Filialapotheke
Bezeichnung Einzel-/Hauptapotheke:	
Straße / Haus-Nr.:	PLZ: Ort:
Bezeichnung Filialapotheke:	
Straße / Haus-Nr.:	PLZ: Ort:
Leiter/Inhaber:	
Anrede, Vorname, Name:	

Abwesenheitsvertretung *

Vertretungszeitraum: vom:	bis:	
Vertretung:		
Anrede, Vorname, Name:		
Qualifikation:	Apothekerassistent	Pharmazieingenieur
Die vertretende Person war in den vergangenen 12 Monaten mindestens ein halbes Jahr hauptberuflich in einer öffentlichen Apotheke oder Krankenhausapotheke beschäftigt.		

Stempel/Unterschrift