Persönliche Erklärung

für die Übernahme der Tätigkeit
als Filialapothekenleiter-/in

gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 4 Gesetz über das Apothekenwesen (ApoG)

Landesdirektion Sachsen
Dienststelle Leipzig
Braustraße 2
04107 Leipzig

1. Angaben zur Apotheke

Bezeichnung

Straße/Haus-Nr.

PLZ Ort

2. Angaben zur Person

☐ Frau ☐ Herr

akadem. Grad Vorname/n Nachname

Geburtsdatum Geburtsort (ohne Postleitzahl)

Straße / Haus-Nr.

PLZ Ort

Ich erkläre, dass mir die Ausübung des Apothekerberufs nicht untersagt ist sowie dass keine Strafverfahren und keine berufsgerichtlichen Verfahren gegen mich anhängig sind (§ 2 Abs. 1 Nr. 4 ApoG).

Datum, Ort

Unterschrift

Speichern ... Drucken ... Löschen ...

sms_lds_antr_betrap3