

Verzichtserklärung

auf die bisherige Betriebserlaubnis

gemäß § 3 Nr. 2 Gesetz über das
Apothekenwesen (ApoG)Landesdirektion Sachsen
Dienststelle Leipzig
Braustraße 2
04107 Leipzig

1. Angaben zur Apotheke

Bezeichnung

Straße/Haus-Nr.

PLZ Ort

2. Bisheriger Betreiber der Apotheke und/oder Inhaber der Betriebserlaubnis

Frau Herr

akadem. Grad

Vorname/n

Nachname

Geburtsdatum

Geburtsort (ohne Postleitzahl)

aktuelle Wohnanschrift

Datum der Betriebserlaubnis lt. Urkunde:

Straße/Haus-Nr.

PLZ

Ort

3. Künftiger Betreiber der Apotheke

Frau Herr

akadem. Grad

Vorname/n

Nachname

Geburtsdatum

Geburtsort (ohne Postleitzahl)

Ich verzichte vorbehaltlich und zu dem Zeitpunkt der Erteilung der neuen Betriebserlaubnis für die o.g. Apotheke auf meine bisherige Betriebserlaubnis.

Datum, Ort

Unterschrift