Verzichtserklärung

auf die bisherige Betriebserlaubnis

gemäß § 3 Nr. 2 Gesetz über das Apothekenwesen (ApoG)

Absender

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

Speichern ... Drucken ... Löschen ...

sms_lds_antr_betrap5
Stand: 05.03.2024