

## Verzichtserklärung

Landesdirektion Sachsen  
Dienststelle Leipzig  
Braustraße 2  
04107 Leipzig

auf die bisherige Betriebserlaubnis

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

### 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)

Datum der Betriebserlaubnis lt. Urkunde:

### 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