LANDESDIRECTION SACHSEN | Freistaat SACHSEN

Alle Felder mit einem * sind unbedingt auszufüllen. Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ bzw. ausfüllen!

Antrag auf Ausnahmegenehmigung wegen Vertretung des Apothekenleiters über drei Monate hinaus

gemäß § 2 Abs. 5 ApBetrO

Absender

Landesdirektion Sachsen
Dienststelle Leipzig
Braustraße 2
04107 Leipzig

1. Apotheke *

Bezeichnung

akad. Grad/Vorname/Name Apothekenleiter

Straße/Haus-Nr.

PLZ

Ort

2. Vertreter *

akadem. Grad

Vorname/n

Nachname

Straße/Haus-Nr.

PLZ

Ort

3. Zeitraum/Grund der Vertretung *

Vertretung vom:

Vertretung bis:

Angaben zum wichtigen Grund der Vertretung (ggf. auf gesonderter Anlage)

Folgende Nachweise zur Belegung des wichtigen Grundes füge ich bei:[1)]

4. weitere erforderliche Unterlagen des Vertreters sind beigefügt:

☐ Nachweis der Vollzeitbeschäftigung

☐ Approbationsurkunde

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

[1)] z.B. Ärztliche Bestätigung des Entbindungstermins, Krankenhauseinweisung etc.

Speichern ... Drucken ... Löschen ...

sms_lds_ausGenVAL3M
Stand: 11.10.2017