

Zutreffendes bitte ankreuzen  bzw. ausfüllen!

Absender:  
 Name:  
 Strasse:  
 PLZ / Ort:  
 Zusatz:

Datum:



### Antrag auf Erteilung der Approbation als Apotheker/Apothekerin gemäß § 4 BAO

**Landesdirektion Chemnitz**  
**Altchemnitzer Straße 41**  
**09120 Chemnitz**

**Ausfüllhinweise**

- Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!
- (\*) Diese Felder müssen ausgefüllt werden.
- Weitere Informationen und Hinweise.
- Dieses Feld entfällt durch eine Benutzerauswahl.

Name, Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort	
Telefon, dienstl.	
E-Mail	
zukünftiger Arbeitgeber	

**Meinem Antrag sind folgende Unterlagen beigefügt:**

1. Lückenloser Lebenslauf mit Lichtbild und Unterschrift
2. amtlich beglaubigte Kopie der Geburtsurkunde, ggf. der Eheurkunde oder Auszug aus dem Familienbuch
3. amtlich beglaubigte Kopie des Staatsangehörigkeitsnachweises (z.B. des Reisepasses oder Personalausweises)
4. amtlich beglaubigte Kopie des Zeugnisses über das Bestehen der pharmazeutischen Prüfung
5. amtlich beglaubigte Kopie der Urkunde über einen akademischen Grad
6. ärztliche Bescheinigung/Gesundheitsattest (kann vom Hausarzt ausgestellt werden - nicht älter als 1 Monat - siehe Anlage)
7. polizeiliches Führungszeugnis im Original beantragt am \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

*Ich erkläre, dass ich bei keiner anderen Behörde der Bundesrepublik Deutschland einen Antrag auf Erteilung der Approbation gestellt habe.*

**Ich erkläre, dass ich nicht vorbestraft bin und dass weder ein gerichtliches Strafverfahren, ein staatsanwaltliches Ermittlungsverfahren noch ein Berufungsverfahren gegen mich anhängig ist.**

**Weiterhin erkläre ich, dass**

- bislang keine mir erteilte Berufserlaubnis oder Approbation zurückgenommen oder widerrufen wurde
- kein Rücknahme- oder Widerrufsverfahren eingeleitet wurde
- mir bislang nicht die Erteilung einer Berufserlaubnis oder Approbation verweigert wurde

**Anmerkungen:**

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Stand 21/08/2009

Zutreffendes bitte ankreuzen  bzw. ausfüllen!

## Ärztliche Bescheinigung

Hiermit bestätige ich, dass

Name, Vorname	
Geburtsname	
Geburtsdatum	Geburtsort
Hauptwohnsitz Straße, Hausnummer  PLZ, Ort	

nicht in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs

**Apotheker/Apothekerin**

**ungeeignet ist**

Datum, Ort

Name und Anschrift des Arztes

Unterschrift des Arztes

Stand 14/02/2011