

Persönliche Erklärung gemäß § 2 Apothekengesetz (ApoG)

Zu meinem Antrag vom _____

für die _____ als Hauptapotheke (Name und Anschrift)

und folgende Filialapotheke/n (Namen und Anschrift)

gebe ich folgende Erklärung gem. § 2 ApoG ab:

1. Ich bin voll geschäftsfähig.
2. Es sind nach meiner Kenntnis
 - keine straf- oder berufsrechtlichen Verfahren gegen mich anhängig.
 - straf- oder berufsrechtliche Verfahren gegen mich anhängig.
3. Die Ausübung des Apothekerberufes ist mir nicht untersagt.
4. Ich bin derzeit
 - nicht im Besitz einer Erlaubnis zum Betrieb einer Apotheke – auch nicht in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum.
 - im Besitz einer Betriebserlaubnis für folgende Apotheke(n):

5. Ich verpflichte mich, das Gesundheitsamt Unna über jede Eröffnung einer weiteren Apotheke in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum in Kenntnis zu setzen.

Ich bin mir darüber im Klaren, dass eine erteilte Betriebserlaubnis von der Behörde zurückgenommen

werden muss, wenn sich nachträglich herausstellt, dass bei ihrer Erteilung eine der Voraussetzungen nach § 2 ApoG nicht vorgelegen hat. Die Erlaubnis ist zu widerrufen, wenn eine der Voraussetzungen nachträglich wegfällt.

Ferner ist mir bewusst, dass eine erteilte Betriebserlaubnis widerrufen werden kann, wenn nachträglich Vereinbarungen getroffen werden sollten, die gegen § 8 Satz 2, § 9 Abs. 1, § 10 oder 11 ApoG verstoßen.

Ich bin damit einverstanden, dass der Kreis Unna meine Daten verarbeitet und sie in Erfüllung der im Zuständigkeitsbereich der Amtsapotheker/in liegenden Aufgaben nutzt.

Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift