**Persönliche Erklärung gemäß § 2 Apothekengesetz**

Zu dem Antrag der \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Name des Trägers)

vom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_auf Erteilung einer Betriebserlaubnis gem. § 14 Apothekengesetz (ApoG) für die

Krankenhausapotheke des \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Name des Krankenhauses) gebe ich folgende Erklärung gem. § 2 Apothekengesetz (ApoG) ab:

1. Ich bin voll geschäftsfähig.
2. Außer dem vorliegenden Antrag habe ich keinen Antrag – auch nicht in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum – auf Erteilung einer Apothekenbetriebserlaubnis gestellt.
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):

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

1. Ich verpflichte mich, das Gesundheitsamt Unna über jede Eröffnung einer Apotheke in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum in Kenntnis zu setzen.
2. Es sind nach meiner Kenntnis

**[ ]** keine straf- oder berufsrechtlichen Verfahren gegen mich anhängig.

**[ ]** straf- oder berufsrechtliche Verfahren gegen mich anhängig.

Ich erkläre, dass meine Angaben richtig und vollständig sind. Ich bin mir dessen bewusst, dass bereits die Unrichtigkeit einzelner Angaben zur Zurücknahme der Betriebserlaubnis führen kann.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift |