

**Filialapotheken: Anzeige Wechsel des Filialleiters / der Filialleiterin gemäß § 2 Abs. 5
Apothekengesetz (ApoG)**

Personalangaben der Antragstellerin/des Antragstellers

Name (auch Geburtsname, falls abweichend):		Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:	Staatsangehörigkeit: <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>
Straße, Hausnummer:		PLZ: Ort:
E-Mail:	Telefon:	Telefax:

Hauptapotheke (Name, Anschrift, Erreichbarkeit: Telefon/Fax/E-Mail), (ggf. Stempel):

1. Filialapotheke (Name, Anschrift, Erreichbarkeit), (ggf. Stempel):

Name des/der **bisher** verantwortlichen Apothekers/in der 1. Filialapotheke:

Name des/der **künftig** verantwortlichen Apothekers/in der 1. Filialapotheke:

2. Filialapotheke (Name, Anschrift, Erreichbarkeit), (ggf. Stempel):

Name des/der **bisher** verantwortlichen Apothekers/in der 2. Filialapotheke:

Name des/der **künftig** verantwortlichen Apothekers/in der 2. Filialapotheke:

3. Filialapotheke (Name, Anschrift, Erreichbarkeit), (ggf. Stempel):

Name des/der **bisher** verantwortlichen Apothekers/in der 3. Filialapotheke:

Name des/der **künftig** verantwortlichen Apothekers/in der 3. Filialapotheke:

**Filialapotheken: Anzeige Wechsel des Filialleiters / der Filialleiterin gemäß § 2 Abs. 5
Apothekengesetz (ApoG)**

**Benennung
des verantwortlichen Apothekers/der verantwortlichen Apothekerin**

Herrn/Frau _____ benenne ich ab dem: _____
Name, Vorname _____ Datum _____

für meine Filialapotheke: _____
Apothekenname, Ort _____

zum/zur verantwortlichen Apotheker/Apothekerin. Ihm/Ihr obliegen somit für diese Filialapotheke alle Verpflichtungen wie Sie im Apothekengesetz und der Apothekenbetriebsordnung für Apothekenleiter festgelegt sind.

Personalangaben zum/zur verantwortlichen Apotheker/in der Filiale

Name (auch Geburtsname, falls abweichend):		Vorname:	
Geburtsdatum:	Geburtsort:	Staatsangehörigkeit: <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>	
Straße, Hausnummer:		PLZ:	Ort:
E-Mail:	Telefon:	Telefax:	

Mir ist bekannt, dass die Änderung der Person des/der Verantwortlichen der Apothekerkammer des Saarlandes -Apothekenüberwachung- spätestens **zwei Wochen vor** der Änderung schriftlich angezeigt werden und **alle unter den Ziffern 1 bis 8 (s. Seite 3) genannten Unterlagen** vorliegen müssen!

Ort, Datum

Unterschrift des/der Inhaber/in
der Apothekenbetriebserlaubnis

Ich habe die Benennung zum/zur verantwortlichen Apotheker/in der vorgenannten Filialapotheke zur Kenntnis genommen und bin mit ihr einverstanden. Meine mir aus dieser Funktion entstehenden Verpflichtungen gemäß Apothekengesetz und Apothekenbetriebsordnung sind mir bekannt.

Die aufgeführten Angaben zu meiner Person sind korrekt.

Ort, Datum

Unterschrift des/der verantwortlichen
Filialapothekers/-apothekerin

**Filialapotheken: Anzeige Wechsel des Filialleiters / der Filialleiterin gemäß § 2 Abs. 5
Apothekengesetz (ApoG)**

Bitte kreuzen Sie die diesem Antrag beigefügten Dokumente nachfolgend in der Übersicht an. Die hier aufgeführten Antragsunterlagen werden vollständig benötigt:

Verantwortliche/r Filialapotheker/in (je Filialapotheker/in ist ein neuer Antrag zu stellen)

1. Die beglaubigte Kopie der deutschen Approbationsurkunde des/der verantwortlichen Apothekers/Apothekerin.
2. Ein tabellarischer Lebenslauf mit Angaben über Ausbildung und bisherige berufliche Tätigkeit.
3. Nachweis einer zeitlich ausreichenden pharmazeutischen Tätigkeit gemäß § 2 Abs. 3 ApoG.
4. Der Arbeitsvertrag des/der verantwortlichen Apothekers/Apothekerin.
5. Bestätigung(en) der Apothekerkammer(n), in deren Bereich der/die Antragsteller/in beschäftigt war, über die gemeldeten Tätigkeiten und Stellungnahme zur Zuverlässigkeit (Sofern eine Mitgliedschaft bei der Apothekerkammer des Saarlandes besteht, ist dies dort nicht erforderlich).
6. Eine ärztliche Bescheinigung mit folgendem Wortlaut:
„Herr/Frau..... ist nicht in gesundheitlicher Hinsicht ungeeignet, eine Apotheke ordnungsgemäß zu leiten.“
7. Ein polizeiliches Führungszeugnis, das nicht älter als drei Monate sein darf (zur Vorlage bei einer Behörde; bitte als Verwendungszweck „Leitung Filialapotheke“ angeben).
8. Eine beglaubigte Ablichtung eines gültigen Lichtbildausweises, z.B. gültiger Personalausweis bzw. Reisepass.

Ort, Datum

Unterschrift

Anschrift:

**Apothekerkammer des Saarlandes
-Apothekenüberwachung-
Zähringerstraße 5
66119 Saarbrücken**