



Informationen zum Datenschutz gem. Art. 13 DSGVO
finden Sie unter: [https://www.landkreis-fuerth.de/
fileadmin/redakteure/SG02/Informationspflichten/14/
sachgebiet_14_-_Kommunalaufsicht.pdf](https://www.landkreis-fuerth.de/fileadmin/redakteure/SG02/Informationspflichten/14/sachgebiet_14_-_Kommunalaufsicht.pdf)

Antrag auf Erteilung einer Apothekenbetriebserlaubnis nach § 1 Absatz 2 und 3 des Gesetzes über das Apothekerwesen

Name der Apotheke: _____
Anschrift: _____

Antragsteller

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsname: _____
Geburtsdatum: _____
Geburtsort: _____
Staatsangehörigkeit: _____

Adresse: _____

Tel. FAX Email gesch.: _____
Tel. FAX Email priv.: _____
Mobil: _____

Vortätigkeiten

Name der Apotheke	Adresse	Zeitraum

Nachweis der Verfügungsgewalt

Hiermit erkläre ich, dass ich weder durch gerichtliche Maßnahmen in der Verfügungsgewalt meiner Verträge eingeschränkt bin noch dass ich unter Vormundschaft oder Pflegschaft stehe.

Ort, Datum

Unterschrift

_____, den _____

Eidesstattliche Versicherung

Ich bin über die Bedeutung der eidesstattlichen Versicherung unterrichtet und belehrt; dass nach § 156 Strafgesetzbuch (StGB) mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft wird, wer vor einer zur Abnahme einer Versicherung an Eides Statt zuständigen Behörde eine solche Versicherung falsch abgibt oder unter Berufung auf eine solche Versicherung falsch aussagt, und dass nach § 161 StGB mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe bestraft wird, wer eine solche Versicherung fahrlässig abgibt. Mir ist bekannt, dass eine solche Versicherung auch vorliegt, wenn sie Angaben enthält, die den Tatsachen nicht entsprechen, oder wenn Wesentliches verschwiegen wird.

Zur Erlangung der Betriebserlaubnis erkläre ich gegenüber dem Landratsamt Fürth an Eides Statt, dass ich keine Vereinbarung getroffen habe, die gegen §§ 8 Satz 2, 9 Abs.1, § 10 oder § 11 Apothekengesetz (ApoG) verstoßen.

Ferner versichere ich auch, dass ich

- keine weitere Apotheke in Deutschland, einem Mitgliedstaat der Europäischen Union in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in einem Vertragsstaat, dem Deutschland und die Europäische Union vertraglich einen entsprechenden Rechtsanspruch eingeräumt haben, eine oder mehrere Apotheken betreiben.
- in dem vorgenannten Gebiet eine bzw. mehrere Apotheken betreibe und zwar

Ich versichere an Eides Statt, dass dies nach bestem Wissen die reine Wahrheit ist und dass ich nichts verschwiegen habe.

Ort, Datum

Unterschrift

_____, den _____

Vollständigkeitserklärung der Vertragsunterlagen

Hiermit erkläre ich, dass ich alle in Zusammenhang mit der Erlangung der Betriebserlaubnis stehenden Verträge und Abreden vollständig bei der zuständigen Behörde eingereicht habe. Es wurden keinerlei Vertragsunterlagen oder Nebenabreden vorenthalten.

Ort, Datum

Unterschrift

_____, den _____

Zu den weiteren Unterlagen beachten Sie bitte auch den nachfolgenden Hinweis:

Vor Erteilung einer Apothekenbetriebserlaubnis erfolgt eine Überprüfung der Unterlagen durch den zuständigen Pharmazierat bei der Regierung von Mittelfranken.

Nachfolgend aufgeführte Unterlagen sind bei der Abgabe des Antrages zusätzlich vorzulegen:

- Unterschriebener Lebenslauf mit schulischem und beruflichem Werdegang
- Approbationsurkunde (Original oder beglaubigte Kopie)
- Behördliches Führungszeugnis (zum Zeitpunkt der Antragsstellung nicht älter als 6 Monate)
- Ärztliches Attest über die körperliche und geistige Gesundheit und die diesbezügliche Fähigkeit des Antragstellers eine Apotheke zu leiten (zum Zeitpunkt der Antragsstellung nicht älter als 4 Wochen)
- Bestätigung der Landesapothekerkammer bzgl. Vortätigkeiten und Zuverlässigkeit
- Auszug aus dem Gewerbezentralregister (nicht älter als 6 Monate)
- Lageplan des Grundstückes mit genauer Ortsangabe
- Kauf-, Miet-, Pacht- oder Verwaltungsvertrag über die Apothekenräume (bei Untermiete auch Hauptmietvertrag)
- Bau- und Einrichtungsplan der Betriebsräume 1 : 100 mit Verwendungszweck und qm-Größe für jeden Raum
- Nachweis über die tatsächliche Verfügungsgewalt bzgl. der Apotheke (Apothekeneinrichtung z.B. Kauf-, Pacht- oder Verwaltungsverträge und alle anderen Verträge, die mit der Einrichtung, dem Betrieb und der Finanzierung der Apotheke im Zusammenhang stehen)

Filialapotheke:

Zusätzlich vorzulegende Unterlagen bezüglich des verantwortlichen Apothekers, der die Filiale leitet:

- Unterschriebener Lebenslauf mit schulischem und beruflichem Werdegang
- Approbationsurkunde (Original oder beglaubigte Kopie)
- Behördliches Führungszeugnis (zum Zeitpunkt der Antragsstellung nicht älter als 6 Monate)
- Ärztliches Attest über die körperliche und geistige Gesundheit und die diesbezügliche Fähigkeit des Antragstellers eine Apotheke zu leiten (zum Zeitpunkt der Antragsstellung nicht älter als 4 Wochen)
- Bestätigung der Landesapothekerkammer bzgl. Vortätigkeiten und Zuverlässigkeit
- Dienstvertrag zum Nachweis der Vollbeschäftigung