

Merkblatt

für die Beantragung einer Genehmigung zur Verwaltung einer Apotheke nach § 13 Abs. 1 ApoG

Für die Erteilung einer Genehmigung zur Verwaltung einer Apotheke nach § 13 Abs. 1 ApoG muss **spätestens am 3. Tag nach dem Tod** des Erlaubnisinhabers ein **formloser Antrag** mit Namen und Anschrift der Apotheke und dem Datum, zu dem die Genehmigung zur Verwaltung erteilt werden soll, beim

Ennepe-Ruhr-Kreis

Fachbereich Soziales und Gesundheit
Apotheken-, Arzneimittel- und Gefahrstoffaufsicht
Schwanenmarkt 5-7
58452 Witten

eingehen.

Dem formlosen Antrag **unverzüglich** nachzureichen sind:

Persönliche Voraussetzungen

- 1. Staatsangehörigkeitsnachweis** nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 ApoG
Es ist der Nachweis zu erbringen, dass Sie Deutscher i.S.d. Art 116 GG, Angehöriger eines der übrigen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union, eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder heimatloser Ausländer i.S.d. Gesetzes über die Rechtsstellung heimatloser Ausländer sind.
Der Nachweis der deutschen Staatsangehörigkeit ist durch einen Staatsangehörigkeitsausweis bzw. eine Einbürgerungsurkunde oder eine amtlich beglaubigte Kopie des Bundespersonalausweises bzw. des deutschen Reisepasses (vollständige Ablichtung, ohne Sichtvermerk) zu erbringen.

- 2. Deutsche Approbationsurkunde** nach § 2 Abs. 1 Nr. 3 ApoG
als amtlich beglaubigte Kopie
oder
Pharmazeutisches Diplom, Prüfungszeugnis oder sonstiger Befähigungsnachweis nach § 2 Abs. 2 ApoG als amtlich beglaubigte Kopie, ggf. mit Übersetzung in die deutsche Sprache.

- 3. Lebenslauf** nach § 2 Abs. 3 ApoG
tabellarischer Lebenslauf mit Angaben über Ihre Ausbildung und bisherige berufliche Tätigkeit; insbesondere ein Nachweis der pharmazeutischen Tätigkeit der letzten zwei Jahre vor Antragstellung ist zu erbringen.

- 4. Amtliches Führungszeugnis** nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 ApoG
das nicht älter als einen Monat sein darf, ist beim Einwohnermeldeamt zu beantragen. (Belegart „O“, Verwendungszweck „Gesundheitsamt – Apothekenbetriebserlaubnis“)

- 5. Nachweis der gesundheitlichen Eignung** nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 ApoG
ist als Original in Form einer ärztlichen Bescheinigung vorzulegen, welche nicht älter als einen Monat ist und aus der hervorgeht, dass keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass Sie wegen eines körperlichen Gebrechens, wegen Schwäche Ihrer geistigen oder körperlichen Kräfte oder wegen

einer Sucht zur Ausübung des Apothekerberufes unfähig oder ungeeignet sind.

(s. Anlage 3)

6. Erklärung zur Geschäftsfähigkeit nach § 2 Abs. 1 Nr. 2 ApoG
(s. Anlage 1)

7. Erklärung zur persönlichen Zuverlässigkeit nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 ApoG
(s. Anlage 1)

8. Eidesstattliche Versicherung nach § 2 Abs. 1 Nr. 5 ApoG
dass Sie keine Vereinbarungen getroffen haben, die gegen § 8 Satz 2, § 9 Abs. 1, § 10 oder § 11 Apothekengesetz verstoßen (notarielle Beurkundung erforderlich oder vor meiner Behörde abzugeben)
(s. Anlage 2)





9. Bescheinigung der Apothekerkammer nach § 6 Abs. 1 HeilBerufsG
als Original

Sachliche Voraussetzungen

1. Erbschein

2. **Apotheken-Verwaltungsvertrag**
als Original in dreifacher Ausführung

Für Rückfragen stehe ich Ihnen gerne

per	 Telefon	unter	02302 / 92 22 23 und
per	 Fax	unter	02336 / 931 30 23
sowie			
per	 Telefon	unter	02302 / 92 22 53 und
per	 Fax	unter	02336 / 931 30 53

zur Verfügung.

Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Verwaltung einer Apotheke nach § 13 Abs. 1 ApoG

Hiermit beantrage ich

Name, Vorname, ggf. Geburtsname

Geburtsdatum / Geburtsort

wohnhaft in

für die

die Erteilung einer Genehmigung zur Verwaltung einer Apotheke nach § 13 Abs. 1 ApoG.

Ort, Datum

Unterschrift (Vorname, u. Name)

Ich bin damit einverstanden, dass die Erlaubnisbehörde meine Daten verarbeitet und sie zur Erfüllung der im Zuständigkeitsbereich der Apothekenaufsicht und Arzneimittelüberwachung anfallenden Aufgaben nutzt.

Ort, Datum

Unterschrift (Vorname u. Name)

Zum Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Verwaltung einer Apotheke nach § 13 Abs. 1 ApoG

für die

gebe ich folgende **E r k l ä r u n g** gemäß § 2 ApoG ab:

1. Ich bin voll geschäftsfähig.
2. Es sind keine straf- und berufsgerichtlichen Verfahren gegen mich anhängig. Die Ausübung des Apothekerberufes ist mir nicht untersagt.
3. Ich bin nicht im Besitz einer Erlaubnis für eine andere Apotheke in der Bundesrepublik Deutschland. Es bestehen keine Pacht-, Besitz- oder Beteiligungsverhältnisse meinerseits an anderen Apotheken in der Bundesrepublik Deutschland.
4. An der/den Apotheke/n, für die ich die Betriebserlaubnis beantrage, sind keine Dritten in Form einer stillen Gesellschaft beteiligt.
5. Außer den vorgelegten Verträgen bestehen keine anderen Verträge, mündliche oder schriftliche Absprachen, die mit der Einrichtung oder dem Betrieb der Apotheke im Zusammenhang stehen (z.B.: Treuhandverträge, Beraterverträge, Gesellschaftsverträge).
6. Ich betreibe keine / nachstehend angegebene Apotheke(n) * in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaften oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und verpflichte mich, jede Eröffnung, den Kauf, die Pacht, den sonstigen Erwerb oder die Beteiligung an einer weiteren Apotheke in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaften oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum der für die Erteilung der hier beantragte Erlaubnis zuständigen Behörde anzuzeigen. (* Unzutreffendes durchstreichen)
Es handelt sich um folgende Apotheke (Betriebsbezeichnung und Sitz der betreffenden Apotheke(n) - ggf. auf besonderem Blatt aufführen):

Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

Ich bin mir darüber im Klaren, dass eine erteilte Betriebserlaubnis von der Behörde zurückgenommen werden muss, wenn diese Erklärung inhaltlich unzutreffend oder unvollständig ist und damit bei Erteilung eine der Voraussetzungen nach § 2 ApoG nicht vorgelegen hat (§ 4 Abs. 1 ApoG), bzw. zu widerrufen ist, wenn ich mich bei meiner Berufsausübung für die Leitung einer Apotheke als unzuverlässig erwiesen habe.

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

Ort, Datum

Unterschrift (Vorname, u. Name)

Ich bin damit einverstanden, dass die Erlaubnisbehörde meine Daten verarbeitet und sie zur Erfüllung der im Zuständigkeitsbereich der Apothekenaufsicht u. Arzneimittelüberwachung anfallenden Aufgaben nutzt.

Ort, Datum

Unterschrift (Vorname u. Name)

(Anlage 2)

Eidesstattliche Versicherung

nach § 2 Abs 1 Nr. 5 des Gesetzes über das Apothekenwesen (Apothekengesetz – ApoG)

Name, Vorname, ggf. Geburtsname

Geburtsdatum / Geburtsort

wohnhaft in

ausgewiesen durch Personalausweis / Reisepass Nr.

ausgestellt am durch

Ich versichere zu meinem Antrag vom auf eine Apothekenbetriebserlaubnis eidesstattlich, dass ich keine Rechtsgeschäfte oder Absprachen getroffen habe, die

- gegen § 8 Satz 2 ApoG (Beteiligung von Apotheken in Form einer Stillen Gesellschaft, Vereinbarung zur Vergütung von gewährten Darlehen oder anderen Vermögenswerten am Umsatz oder Gewinn ausgerichtet, am Umsatz oder Gewinn ausgerichtete Mietverträge),
- gegen § 9 Abs. 1 ApoG (Verpachtung der Apotheke),
- gegen § 10 ApoG (Bevorzugung von Herstellern und Händlern) oder
- gegen § 11 ApoG (Rechtsgeschäfte oder Absprachen mit Ärzten) verstoßen

und werde ggf. den Kauf- oder Pachtvertrag über die Apotheke sowie auf Verlangen der zuständigen Behörde auch andere Verträge . die mit der Einrichtung und dem Betrieb der Apotheke in Zusammenhang stehen, vorlegen.

Ort, Datum

Unterschrift (Vorname u. Name)

Hinweis:

Die Eidesleistung hat in Verfahren vor den Gerichten einen hohen Rang. Der Schwur mit oder ohne religiöse Beteuerung dient dort als letztes Mittel zur Wahrheitsfindung.

Dem entspricht die gegenüber Behörden abgegebene eidesstattliche Versicherung. Sie dient zur Sicherstellung der Beweisführung, wenn andere Mittel zur Erforschung der Wahrheit nicht vorhanden sind, zu keinem Ergebnis geführt haben oder einen unverhältnismäßigen Aufwand erfordern. Deshalb ist die falsche Abgabe einer Versicherung an Eides Statt gegenüber einer zuständigen Behörde nach § 156 Strafgesetzbuch mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldbuße bedroht.

Ärztliche Bescheinigung

Name, Vorname

Geburtsdatum

wurde heute von mir ärztlich untersucht.

Es liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass sie / er wegen eines körperlichen Gebrechens, wegen Schwäche der geistigen oder körperlichen Kräfte oder wegen einer Sucht zur Ausübung des Apothekerberufes unfähig oder ungeeignet ist.

Sie / er ist nicht in gesundheitlicher Hinsicht ungeeignet, eine Apotheke ordnungsgemäß zu leiten.

Ort, Datum

Unterschrift und Arztstempel