

## Persönliche Erklärung

Zu meinem Antrag vom \_\_\_\_\_ für die \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Name(-n) der Apotheke(-n))

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. 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):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. 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.
5. Ich bin weder straf- noch berufsgerichtlich vorbestraft, auch sind keine derartigen 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