

Nachweise für die Antragstellung auf Erteilung einer Erlaubnis zum Betrieb mehrerer Apotheken

Für die Erteilung einer Apothekenbetriebserlaubnis sind folgende Unterlagen erforderlich und beim Landrat - Untere Gesundheitsbehörde - vorzulegen:

1. Formloser Antrag mit Datum der geplanten Eröffnung/ Übernahme und Angabe der vollständigen Apothekennamen (genaue Schreibweise) und Anschriften
2. Tabellarischer Lebenslauf
3. Deutsche Approbationsurkunde in amtlich beglaubigter Fotokopie oder Abschrift
4. Beschäftigungsnachweis nach der Approbation, insbesondere über die Tätigkeit während der letzten zwei Jahre (schriftliche Bestätigung der ehemaligen Arbeitgeberinnen oder Arbeitgeber oder Kopien der Gehaltsabrechnungen)
5. Amtliches Führungszeugnis Belegart 0 (zur Vorlage bei einer Behörde) nach § 30 Abs. 5 BZRG, das nicht früher als einen Monat vor der Vorlage ausgestellt sein darf und bei dem als Verwendungszweck angegeben sein soll: Gesundheitsamt – Apothekenbetriebserlaubnis.
Bei der Beantragung im Bürgerbüro bitte folgenden Empfänger angeben:
Kreis Kleve, Abt. 5.1 Gesundheitsangelegenheiten, z.Hd. Frau Coenen, Nassauerallee 15-23, 47533 Kleve
6. Stellungnahme der Apothekerkammer zur Zuverlässigkeit für den Betrieb einer Apotheke
7. Nachweis, dass die Antragstellerin oder der Antragsteller nicht in gesundheitlicher Hinsicht ungeeignet ist, eine Apotheke ordnungsgemäß zu leiten. Diese ärztliche Bescheinigung darf nicht älter als sechs Monate sein.
8. Nach § 2 Abs. 1 Nr. 5 Apothekengesetz (ApoG) erforderliche Versicherung der Antragstellerin oder des Antragstellers (eidesstattliche Versicherung, notariell beglaubigt)
9. Schriftliche Erklärung der Antragstellerin oder des Antragstellers nach § 2 ApoG (s. Anlage)
10. Nachweis der Apothekenbetriebsräume:
 - a. Mietvertrag oder Eigentumsnachweis in Form eines Kaufvertrages oder Grundbuchauszuges, bei Untermietvertrag auch der Hauptmietvertrag
 - b. Kauf- oder Pachtvertrag für die Apotheke, alternativ Erbschein
 - c. Aktuelle Grundrisszeichnung der einzelnen Apothekenbetriebsräume (Maßstab 1:100 oder 1:50, falls möglich zusätzlich als PDF-Dokument) aus der die Größe, die Lage, die Einrichtung sowie die Funktionsbezeichnung der einzelnen Apothekenbetriebsräume ersichtlich ist.
 - d. Tabellarische Auflistung der Apothekenbetriebsräume mit Quadratmeterangabe
 - e. Bauaufsichtlich genehmigter Bauplan bzw. Nutzungsänderungsgenehmigung (bei Neugründung einer Apotheke bzw. bei Übernahme einer Apotheke, sofern sich Änderungen im Hinblick auf die letzte Erlaubniserteilung ergeben haben)
11. Kopie des OHG-Vertrages, wenn die Apotheke in Form einer Offenen Handelsgesellschaft betrieben werden soll.
12. Finanzierungsunterlagen (Finanzierungs- oder Kaufkredite, alternativ Bestätigung der Bank über Liquidität)

Verantwortliche(-r) für die Filialapotheke

1. Arbeitsvertrag mit dem Erlaubnisinhaber
2. Lebenslauf (tabellarisch)
3. Approbationsurkunde in amtlich beglaubigter Fotokopie oder Abschrift
4. Beschäftigungsnachweis nach der Approbation, insbesondere aber die Tätigkeit während der letzten zwei Jahre
5. Amtliches Führungszeugnis Belegart 0 (zur Vorlage bei einer Behörde) nach § 30 Abs. 5 BZRG, das nicht früher als einen Monat vor der Vorlage ausgestellt sein darf und bei dem als Verwendungszweck angegeben sein soll: Gesundheitsamt – Filialleitung Apotheke.
Bei der Beantragung im Bürgerbüro bitte folgenden Empfänger angeben:
Kreis Kleve, Abt. 5.1 Gesundheitsangelegenheiten, z.Hd. Frau Coenen, Nassauerallee 15-23, 47533 Kleve
6. Stellungnahme der Apothekerkammer zur Zuverlässigkeit für den Betrieb einer Apotheke
7. Nachweis, dass die Antragstellerin oder der Antragsteller nicht in gesundheitlicher Hinsicht ungeeignet ist, eine Apotheke ordnungsgemäß zu leiten. Diese ärztliche Bescheinigung darf nicht älter als sechs Monate sein.
8. Schriftliche Erklärung der/des Verantwortlichen für die Filiale nach § 2 ApoG (s. Anlage)

Die Antragsunterlagen sollen mindestens 6 Wochen vor dem beabsichtigten Eröffnungs- bzw. Übernahmetermin vollständig vorliegen.

Persönliche Erklärung zum Antrag auf Erteilung einer Erlaubnis zum Betrieb einer (Fili-)Apotheke

Name der Apotheke

Anschrift der Apotheke

gebe ich gemäß dem Gesetz über das Apothekenwesen – ApoG- folgende Erklärung ab:

1. Ich bin voll geschäftsfähig.
2. Ich bin weder straf- noch berufsgerichtlich vorbestraft; auch sind keine derartigen Verfahren in der Bundesrepublik Deutschland gegen mich anhängig.
3. Ich bin derzeit

nicht im Besitz einer Erlaubnis zum Betrieb einer anderen Apotheke in der Bundesrepublik Deutschland und habe mich auch nicht anderweitig um eine solche beworben.

Im Besitz einer Betriebserlaubnis für folgende Apotheke(n)

4. Ich verpflichte mich der Behörde mitzuteilen, ob und ggf. an welchem Ort ich in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in einem Vertragsstaat, dem Deutschland und die Europäische Union vertraglich einen Rechtsanspruch eingeräumt haben, eine oder mehrere Apotheken betreibe.
5. Ich versichere hiermit, dass meine Angaben vollständig und richtig sind. Ich bin mir bewusst, dass die Unrichtigkeit einzelner Angaben zur Rücknahme der Betriebserlaubnis führen kann.

Name, Vorname

Ort, Datum

Unterschrift

Erklärung zur Tätigkeit als Filialleiter(in) der

Name der Apotheke

Anschrift der Apotheke

gebe ich gemäß dem Gesetz über das Apothekenwesen – ApoG- folgende Erklärung ab:

1. Ich bin voll geschäftsfähig.
2. Ich bin weder straf- noch berufsgerichtlich vorbestraft; auch sind keine derartigen Verfahren in der Bundesrepublik Deutschland gegen mich anhängig.
3. Ich bin nicht im Besitz einer Erlaubnis für eine andere Apotheke in der Bundesrepublik Deutschland und habe mich auch nicht anderweitig um eine solche beworben.
4. Ich verpflichte mich der Behörde mitzuteilen, ob und ggf. an welchem Ort ich in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in einem Vertragsstaat, dem Deutschland und die Europäische Union vertraglich einen Rechtsanspruch eingeräumt haben, eine oder mehrere Apotheken betreibe.
5. Ich versichere, dass ich als Leiter/in der Filialapotheke die Verpflichtung erfüllen werde, wie sie im Apothekengesetz und in der Apothekenbetriebsordnung für Apothekenleiter festgelegt sind.

Name, Vorname

Ort, Datum

Unterschrift