

M e r k b l a t t

für die Beantragung der Erteilung einer Apothekenbetriebserlaubnis zum Betreiben mehrerer Apotheken

Nach § 1 Abs. 2 ApoG kann einer/einem Apotheker/in die Erlaubnis für eine Hauptapotheke und bis zu 3 Filialapotheken erteilt werden.

Für die Erteilung der Apothekenbetriebserlaubnis sind Unterlagen von der / von dem / Antragsteller/in sowie von der / von dem / jeweiligen Filialleiter/in einzureichen.

Die/der Antragsteller/in ist für die Einrichtung sämtlicher Unterlagen verantwortlich.

Für die Erteilung einer Apothekenbetriebserlaubnis sind folgende Unterlagen erforderlich und bei

Stadt Bielefeld
Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt
Apothekenaufsicht
Nikolaus-Dürkopp-Str. 5-9
33602 Bielefeld

einzureichen:

Unterlagen der/des Antragsteller/in/s:

1. Formloser Antrag (Muster siehe Anlage 1)
2. Beglaubigte Kopie des Passes oder Personalausweises
3. Deutsche Approbationsurkunde in amtlich beglaubigter Fotokopie oder Abschrift
4. Tabellarischer Lebenslauf mit Angaben über die Ausbildung und berufliche Tätigkeit
5. Beschäftigungsnachweis nach der Approbation, insbesondere aber über die Tätigkeit während der beiden letzten Jahre
6. Amtl. Führungszeugnis (Belegart O) das nicht früher als 3 Monate vor der Vorlage ausgestellt sein und bei dem als Verwendungszweck „Apothekenbetriebserlaubnis“ angegeben sein soll.
Das Führungszeugnis ist beim Einwohnermeldeamt Ihrer Wohnsitzgemeinde zu beantragen und an die o.g. Adresse zu schicken.
7. Eine ärztliche Bescheinigung darüber, dass die/der Antragsteller/in nicht in gesundheitlicher Hinsicht ungeeignet ist, eine Apotheke ordnungsgemäß zu leiten. Diese Bescheinigung darf nicht älter als 3 Monate sein (Muster siehe Anlage 2).
8. Bescheinigung der Apothekerkammer im Rahmen der Beantragung einer Apothekenbetriebserlaubnis zur Vorlage bei der Behörde gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 12 HeilBerG
9. Eine notariell beglaubigte eidesstattliche Versicherung (Original) nach dem Muster der Anlage 4 mit dem Inhalt, dass keine Vereinbarungen getroffen wurden, die gegen § 8 Satz 2, § 9 Abs. 1, § 10 oder § 11 ApoG verstoßen (§ 2 Abs. 1 Nr. 5 ApoG).

10. Erklärung/Versicherung der/des Antragsteller/in/s gemäß der Anlage 3 zur Prüfung der sonstigen Voraussetzungen nach § 2 Abs. 2 ApoG
11. Nachweis über die Apothekenbetriebsräume:
 - 11.1 Miet-/Pachtvertrag oder Eigentumsnachweis in Form eines Kaufvertrages oder Grundbuchauszuges (Verträge 2-fach)
 - 11.2 Grundrisszeichnung/Einrichtungsplan der einzelnen Apothekenbetriebsräume mit Angabe der Quadratmetergrößen (im Maßstab 1:50)
 - 11.3 Bau- bzw. Nutzungsänderungsgenehmigung der zuständigen Baubehörde

Die Nachweise unter 11.2 und 11.3 sind nur dann erforderlich, wenn es sich um die Neugründung einer Apotheke oder Übernahme einer Apotheke nach Umbau oder Veränderung der Betriebsräume handelt. Werden die bestehenden Apothekenbetriebsräume in unveränderter Form übernommen, genügt eine schriftliche Bestätigung durch die/den Antragsteller/in, dass die Apothekenbetriebsräume der.....-Apotheke in Rahmen dieses Erlaubnisverfahren unverändert übernommen werden.
12. Sofern die Apotheke in der Rechtsform einer GbR oder OHG betrieben werden soll, sind die persönlichen Unterlagen einschließlich des Antrages von jedem Gesellschafter einzureichen. Ferner ist der Gesellschaftervertrag im Original vorzulegen.
13. Aufstellung über das in der Hauptapotheke und in der Filiale bzw. den Filialen beschäftigte Personal mit Angabe der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit und der Qualifikation - getrennt nach Betriebsstätten
14. Die im Rahmen der Verträge vereinbarten Zahlungen sind durch Vorlage geeigneter Unterlagen (Finanzierungs- oder Kreditverträge, Zahlungsbelege, Buchungsbelege etc.) nachzuweisen.

Alle Unterlagen (außer Nr. 11.2 – Einrichtungsplan = 3-fach) sind möglichst **in 2-facher Ausfertigung** einzureichen.

Unterlagen des Filialleiters / der Filialleiterin:

1. Arbeitsvertrag mit der/dem Antragsteller/in (Erlaubnisinhaber/in)
2. Beglaubigte Kopie des Passes oder Personalausweises
3. Deutsche Approbationsurkunde in amtlich beglaubigter Fotokopie oder Abschrift
4. Tabellarischer Lebenslauf mit Angaben über die Ausbildung und berufliche Tätigkeit
5. Beschäftigungsnachweis nach der Approbation, insbesondere aber über die Tätigkeit während der beiden letzten Jahre
6. Amtl. Führungszeugnis (Belegart O) das nicht früher als 3 Monate vor der Vorlage ausgestellt sein und bei dem als Verwendungszweck „Apothekenbetriebserlaubnis“ angegeben sein soll.
Das Führungszeugnis ist beim Einwohnermeldeamt Ihrer Wohnsitzgemeinde zu beantragen und an die o. g. Adresse zu schicken.

7. Eine ärztliche Bescheinigung darüber, dass die/der Antragsteller/in nicht in gesundheitlicher Hinsicht ungeeignet ist, eine Apotheke ordnungsgemäß zu leiten. Diese Bescheinigung darf nicht älter als 3 Monate sein (Muster siehe Anlage 2).
8. Bescheinigung der Apothekerkammer im Rahmen der Beantragung einer Apothekenbetriebserlaubnis zur Vorlage bei der Behörde gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 12 HeilBerG
9. Erklärung/Versicherung der/des Filialleiter/in/s gemäß der Anlage 6 zur Prüfung der sonstigen Voraussetzungen nach § 2 Abs. 2 ApoG

Stadt Bielefeld
Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt
Apothekenaufsicht
Nikolaus-Dürkopp-Str. 5-9
33602 Bielefeld

Antrag auf Erteilung der Erlaubnis zum Betreiben der

(Name der Apotheke)

als Hauptapotheke

(Ort, Straße, Nr. der Apotheke)

und der

(Name der Apotheke)

als Filialapotheke

Filialleiter/in:

(Ort, Straße, Nr. der Apotheke)

(Name der Apotheke)

als Filialapotheke

Filialleiter/in:

(Ort, Straße, Nr. der Apotheke)

(Name der Apotheke)

als Filialapotheke

Filialleiter/in:

(Ort, Straße, Nr. der Apotheke)

Ich beantrage, mir mit Wirkung vom _____ Erlaubnis zum Betreiben der o. a. Apotheke/n zu erteilen.

- Ich beabsichtige, die Apotheke/n allein zu betreiben.
- Ich beabsichtige, die Apotheke in Form einer Gesellschaft des bürgerlichen Rechts/
Offenen Handelsgesellschaft zusammen mit folgenden Gesellschaftern zu betreiben.

Anlagen:

Antragsunterlagen

(Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers)

Zutreffendes bitte ankreuzen

**Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage bei der unteren Gesundheitsbehörde
zwecks Erteilung der beantragten Erlaubnis zum Betreiben einer Apotheke**

Frau / Herr

(Name, Vorname)

wohnhaft in

(Ort, Straße)

geboren am

ist nicht in gesundheitlicher Sicht ungeeignet, eine Apotheke ordnungsgemäß zu leiten.

(Ort, Datum)

(Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes)

Anlage zum Antrag auf Erteilung der Apothekenbetriebslaubnis (Antragsteller/in)

Zum Antrag auf Erteilung der Betriebslaubnis

für die

(Name der Apotheke)

als Hauptapotheke

und die

(Ort, Straße, Nr. der Apotheke)

(Name der Apotheke)

als Filialapotheke

(Ort, Straße, Nr. der Apotheke)

(Name der Apotheke)

als Filialapotheke

(Ort, Straße, Nr. der Apotheke)

(Name der Apotheke)

als Filialapotheke

(Ort, Straße, Nr. der Apotheke)

gebe ich als Antragsteller/in folgende Versicherungen gemäß des § 2 ab:

1. Ich bin voll geschäftsfähig (§ 2 Abs. 1 Nr. 2 ApoG).
2. Ich bin derzeit nicht im Besitz einer Erlaubnis zum Betrieb einer Apotheke in der Bundesrepublik Deutschland. Außer dem vorliegenden Antrag habe ich bei keiner anderen Behörde in der Bundesrepublik Deutschland einen Antrag auf Erteilung einer Betriebslaubnis gestellt, über den noch nicht entschieden ist.
 Ich bin derzeit im Besitz der Erlaubnis für folgende Apotheke:

Ich werde diese Erlaubnis zum _____ zurückgeben.

Die Rückgabe der Erlaubnis zum v. g. Datum wurde folgender Behörde angezeigt:

(zuständige Behörde für die Apothekenaufsicht - diese Angabe ist nur erforderlich, sofern die Apotheke, die aufgegeben werden soll, nicht innerhalb der Stadt Bielefeld liegt und die Erlaubnis nicht durch die Stadt Bielefeld erteilt wurde)

3. Ich betreibe in keinem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Gemeinschaften oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum eine Apotheke.
 Ich betreibe in folgendem Mitgliedsstaat der Europäischen Gemeinschaften oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in folgendem Vertragsstaat, dem Deutschland und die Europäische Union vertraglich einen entsprechenden Rechtsanspruch eingeräumt haben, folgende/n Apotheke/n:

4. Die Ausübung des Apothekerberufs ist mir nicht untersagt

5. Ich bin nicht vorbestraft.

Ich bin vorbestraft.

6. Ich bin nicht berufsgerichtlich bestraft worden.

Ich bin berufsgerichtlich bestraft worden.

7. Gegen meine Person sind kein Strafverfahren, kein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren und kein Berufsgerichtsverfahren anhängig.

Gegen meine Person ist ein

- Strafverfahren
 - staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren
 - Berufsgerichtsverfahren
- anhängig, und zwar bei

unter dem Aktenzeichen: _____

9. Eine frühere Betriebserlaubnis habe ich nicht besessen.

Eine frühere Betriebserlaubnis habe ich besessen.

erteilt durch: _____

entzogen durch: _____

10. Alle im Rahmen der Neugründung/Pachtung oder des Kaufes der o. g. Apotheke abgeschlossenen Verträge, die mit der Einrichtung und dem Betrieb der Apotheke im Zusammenhang stehen, habe ich der Stadt Bielefeld, Gesundheitsamt, Nikolaus-Dürkopp-Str. 5- 9, 33602 Bielefeld vorgelegt. Ich werde die v.g. Behörde unverzüglich über alle nachträglichen Änderungen der eingereichten Verträge sowie über alle nachträglich geschlossenen Verträge und/oder Vereinbarungen, die mit der Apotheke im Zusammenhang stehen, informieren. Auf Verlangen werde ich diese der zuständigen Behörde vorzulegen.

11. Meine Angaben sind vollständig und richtig. Ich bin mir bewusst, dass bereits die Unrichtigkeit einzelner Angaben zur Zurücknahme der Betriebserlaubnis führen kann.

(Ort und Datum)

(Unterschrift der Apothekerin / des Apothekers)

Zutreffendes bitte ankreuzen

**Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage bei der unteren Gesundheitsbehörde
zwecks Übernahme der Funktion als Leiter/in (verantwortliche Person)
einer Filialapotheke**

Frau / Herr

(Name, Vorname)

wohnhaft in

(Ort, Straße

geboren am

ist nicht in gesundheitlicher Sicht ungeeignet, eine Apotheke ordnungsgemäß zu leiten.

(Ort, Datum)

(Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Anlage zum Antrag auf Erteilung der Apothekenbetriebserlaubnis (Filialleiter/in)

Zum Antrag auf Erteilung der Betriebserlaubnis für die

- Filialapotheke -

(Name der Apotheke)

(Ort, Straße, Nr. der Apotheke)

gebe ich als Filialleiter/in folgende Versicherungen gemäß des § 2 ApoG ab:

1. Ich bin voll geschäftsfähig (§ 2 Abs. 1 Nr. 2 ApoG).
2. Ich bin derzeit nicht im Besitz einer Erlaubnis zum Betrieb einer Apotheke in der Bundesrepublik Deutschland. Außer dem vorliegenden Antrag habe ich bei keiner anderen Behörde in der Bundesrepublik Deutschland einen Antrag auf Erteilung einer Betriebserlaubnis gestellt, über den noch nicht entschieden ist.
 Ich bin derzeit im Besitz der Erlaubnis für folgende Apotheke:

Ich werde diese Erlaubnis zum _____ zurückgeben.

Die Rückgabe der Erlaubnis zum v. g. Datum wurde folgender Behörde angezeigt:

(zuständige Behörde für die Apothekenaufsicht - diese Angabe ist nur erforderlich, sofern die Apotheke, die aufgegeben werden soll, nicht innerhalb der Stadt Bielefeld liegt und die Erlaubnis nicht durch die Stadt Bielefeld erteilt wurde)

3. Ich betreibe in keinem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Gemeinschaften oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum eine Apotheke.
 Ich betreibe in folgendem Mitgliedsstaat der Europäischen Gemeinschaften oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in folgendem Vertragsstaat, dem Deutschland und die Europäische Union vertraglich einen entsprechenden Rechtsanspruch eingeräumt haben, folgende/n Apotheke/n:

4. Die Ausübung des Apothekerberufs ist mir nicht untersagt

5. Ich bin nicht vorbestraft.

Ich bin vorbestraft.

6. Ich bin nicht berufsgerichtlich bestraft worden.

Ich bin berufsgerichtlich bestraft worden.

7. Gegen meine Person sind kein Strafverfahren, kein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren und kein Berufsgerichtsverfahren anhängig.

Gegen meine Person ist ein

- Strafverfahren
- staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren
- Berufsgerichtsverfahren

anhängig, und zwar bei

unter dem Aktenzeichen: _____.

9. Eine frühere Betriebserlaubnis habe ich nicht besessen.

Eine frühere Betriebserlaubnis habe ich besessen.

erteilt durch: _____

entzogen durch: _____

10. Meine Angaben sind vollständig und richtig.

(Ort und Datum)

(Unterschrift der Apothekerin / des Apothekers)

Zutreffendes bitte ankreuzen