

Merkblatt: Anzeige oder Wechsel eines/r Filialleiters/in



Gesundheitsamt
Pharmazeutischer Dienst, Gefahrstoffe
Heinrich-Reinköster-Str. 8
59065 Hamm
Tel.: 02381 / 17 - 64 50
Fax: 02381 / 17 - 29 83

Die nachstehend aufgeführten Unterlagen sind beim Gesundheitsamt der Stadt Hamm einzureichen:

Erlaubnisinhaber/in:

1. Formloser Antrag mit eigenhändiger Unterschrift mit Namen und Datum des geplanten Filialleiterwechsels

Filialleiter/in:

1. Arbeitsvertrag mit dem/der Erlaubnisinhaber/in
2. Lebenslauf (tabellarisch und unterschrieben) mit Angaben über Ausbildung und bisherige berufliche Tätigkeiten.
§ 2 Abs. 3 ApoG: "Hat der Apotheker nach seiner Approbation oder nach Erteilung eines der in der Anlage zu diesem Gesetz aufgeführten Diplome, Prüfungszeugnisse oder sonstige Befähigungsnachweise mehr als zwei Jahre lang ununterbrochen keine pharmazeutische Berufstätigkeit ausgeübt, so kann die Erlaubnis nur erteilt werden, wenn er im letzten Jahr vor der Antragstellung eine solche Tätigkeit mindestens sechs Monate lang wieder in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder eines Vertragsstaates, dem Deutschland und die Europäische Union vertraglich einen entsprechenden Rechtsanspruch eingeräumt haben, gelegenen Apotheke oder Krankenhausapotheke ausgeübt hat."
3. Staatsangehörigkeitsnachweis oder amtlich beglaubigte Ablichtung des Bundespersonalausweises.
4. Amtliches Führungszeugnis (Belegart O), nicht älter als ein Monat, mit dem Verwendungszweck: „Gesundheitsamt – Leitung einer Apotheke“.
5. Approbationsurkunde in (amtlich oder notariell) beglaubigter Fotokopie oder Abschrift.
6. Bescheinigung der Apothekerkammer nach § 6 Abs. 1 Nr. 11 des Heilberufsgesetzes zu Ihrer Zuverlässigkeit aus berufsrechtlicher Sicht.
7. Eine ärztliche Bescheinigung (nicht älter als 6 Monate), dass die Antragstellerin oder der Antragsteller „nicht in gesundheitlicher Hinsicht ungeeignet ist, eine Apotheke ordnungsgemäß zu leiten“.
8. Erklärung gemäß des beiliegenden Formblattes 3
9. Benennung durch den Erlaubnisinhaber (s. Anlage 1)

Erklärung der Filialleiterin/des Filialleiters

Für die _____ Apotheke

in _____

gebe ich folgende Erklärung gemäß § 2 ApoG ab:

1. Ich bin voll geschäftsfähig.
2. Es sind keine ordnungsrechtliche, straf- oder berufsgerichtliche Verfahren gegen mich anhängig. Die Ausübung des Apothekerberufes ist mir nicht untersagt.
3. Ich versichere in meiner Funktion als Filialleiter, dass ich keine mündlichen oder schriftlichen Absprachen, die mit der Einrichtung oder dem Betrieb der Apotheke im Zusammenhang stehen (z. B. Beraterverträge, Verträge mit Kooperations- und/oder Marketing- und Consultingpartnern oder sonstigen Serviceunternehmen) geschlossen habe.
4. Ich habe keine Rechtsgeschäfte oder Absprachen getroffen, die gegen § 8 Satz 2, § 9 Abs. 1, § 10 und § 11 Abs. 1 ApoG verstoßen (z.B. hinsichtlich der Zuweisung von Rezepten durch Ärzte oder andere Personen) und werden den Kauf- oder Pachtvertrag über die Apotheke sowie auf Verlangen der zuständigen Behörde auch andere Verträge, die mit der Einrichtung und den Betrieb der Apotheke im Zusammenhang stehen, vorlegen.
5. Ich betreibe bisher keine Apotheke 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 entsprechenden Rechtsanspruch eingeräumt haben, und verpflichte mich, jede Eröffnung, den Kauf, die Pacht, den sonstigen Erwerb oder die Beteiligung an einer oder mehrerer weiterer Apotheke/n in einem Mitgliedstaat 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 entsprechenden Rechtsanspruch eingeräumt haben, dem Oberbürgermeister der Stadt Hamm, Gesundheitsamt, anzuzeigen.

Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

Datum

Unterschrift

Benennung der Verantwortlichen
gem. § 2 Abs. 5 Nr. 2 Apothekengesetz (ApoG)

Name (auch Geburtsname, falls abweichend)		Vorname:	
Geburtsdatum:	Geburtsort:	Staatsangehörigkeit:	
Straße, Hausnummer		PLZ:	Ort:
E-Mail:	Telefon:	Telefax:	

Hauptapotheke (Name und Anschrift)
1. Filialapotheke (Name und Anschrift)
Name des / der bisher verantwortlichen Apothekers/in
Name des / der künftig verantwortlichen Apothekers/in
2. Filialapotheke (Name und Anschrift)
Name des / der bisher verantwortlichen Apothekers/in
Name des / der künftig verantwortlichen Apothekers/in
3. Filialapotheke (Name und Anschrift)
Name des / der bisher verantwortlichen Apothekers/in
Name des / der künftig verantwortlichen Apothekers/in

(Ort, Datum)

(Unterschrift Erlaubnisinhaber/in)