

MERKBLATT
Anzeige Wechsel eines/einer Filialleiter/-in

Nach § 2 Absatz 5 Satz 4 des Apothekengesetzes (ApoG) ist im Falle eines Filialleiterwechsels dieses vom Betreiber der Apotheken (Betriebserlaubnisinhaberin / Betriebserlaubnisinhaber) **spätestens zwei Wochen** vor der Änderung bei der zuständigen Behörde anzuzeigen. Bei einem unvorhergesehenen Wechsel der Person des Verantwortlichen muss die Änderungsanzeige **unverzüglich** erfolgen. Um Missverständnisse zu vermeiden, geben Sie dieses bei der Anzeige des Wechsels des / der Filialleiters/-in mit kurzer Begründung mit an.

Wenn möglich verwenden Sie bitte hierfür die beigefügten Unterlagen und senden diese vollständig ausgefüllt und unterschrieben an das (*Postanschrift*):

Gesundheitsamt des Oberbergischen Kreises
Am Wiedenhof 1-3
51643 Gummersbach

Sollten Sie die Unterlagen persönlich abgeben wollen, so vereinbaren Sie bitte zuvor einen entsprechenden Abgabetermin.

Für Fragen oder Terminabsprachen erreichen Sie uns:

Ansprechpartner: Frau Schmidt / Frau Ruks
Telefonnummer: 02261/88-5332/ 02261/88-5334
E-Mail: silke.schmidt@obk.de/ andrea.ruks@obk.de

Erforderliche Unterlagen zur Anzeige der Filialapothekerin / des Filialapothekers

- Staatsangehörigkeitsnachweis oder amtlich beglaubigte Ablichtung des Bundespersonalausweises
- Amtlich oder notariell beglaubigte Kopie der Approbationsurkunde des/der Filialleiters/-in
- Lebenslauf (tabellarisch)
- Beschäftigungsnachweis nach der Approbation, insbesondere aber die Tätigkeit während der letzten beiden Jahre
- Nachweis, dass die Filialapothekerin oder der Filialapotheker nicht in gesundheitlicher Hinsicht ungeeignet ist, eine Apotheke ordnungsgemäß zu leiten. Diese ärztliche Bescheinigung darf nicht älter als sechs Monate sein,
- Amtliches Führungszeugnis (Belegart 0), das nicht früher als einen Monat vor der Vorlage ausgestellt sein darf,
- Anzeige Wechsel des/der Filialleiters/-in gem. § 2 Abs. 5 ApoG (*siehe Formular _ Anlage 1*)
- Eine Kopie des Arbeitsvertrages mit Angabe der Wochenarbeitsstunden
- Nach § 2 Apothekengesetz erforderliche schriftliche Versicherung (*siehe Formular _ Anlage 2*),

Anlage 1

Anzeige über den Wechsel der Filialleitung gemäß § 2 Abs. 5 Nr. 2 ApoG Angaben zum Betriebserlaubnisinhaber

Vorname: _____ Name: _____
Geburtsdatum: _____ Name Hauptapotheke: _____
Anschrift: _____
Telefonnummer *(für Rückfragen)*: _____
E-Mail-Adresse *(für Rückfragen)*: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

ab dem _____ übernimmt Herr/Frau Apotheker/in
die Leitung der folgenden Filialapotheke:
Die Anschrift der geplanten Filialapotheke lautet:

Die wöchentliche Arbeitszeit der/des geplanten Filialleiter/-in beträgt _____ Stunden.
Eine Kopie des Arbeitsvertrages habe ich beigelegt.

Die Öffnungszeiten (gesamt pro Woche) der betreffenden Filialapotheke lauten:

Die Verpflichtungen, wie sie im Gesetz über das Apothekenwesen (ApoG) und in der
Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) für Apothekenleiter/-innen festgelegt sind, werden durch
die/den Filialleiter/-in erfüllt.

Ort, Datum Unterschrift Inhaber Apotheke

Anlage 2

Name, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort des Filialapothekers / der Filialapothekerin

Zum Antrag auf Erteilung der Betriebserlaubnis (Filialapotheker/in)

für die

Name der Apotheke

in

gebe ich folgende Erklärung gem. § 2 Apothekengesetz (ApoG) ab:

1. Ich bin voll geschäftsfähig (§ 2 Abs. 1 Nr. 2 ApoG).
2. Ich bin weder straf- noch berufsrechtlich vorbestraft; auch sind keine derartigen Verfahren in der Bundesrepublik Deutschland, in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaften oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum gegen mich anhängig. Die Ausübung des Apothekenberufes ist mir nicht untersagt.
3. Ich bin nicht im Besitz einer Apothekenbetriebserlaubnis in der Bundesrepublik Deutschland. Es bestehen keine Pacht-, Besitz- oder Beteiligungsverhältnisse meinerseits an anderen Apotheken in der Bundesrepublik Deutschland.
4. Außer den vom Antragsteller vorgelegten Verträgen (Kauf- oder Pachtvertrag über die Apotheken sowie Mietvertrag oder Eigentumsnachweis in Form eines Kaufvertrages oder Grundbuchauszuges für die Apothekenräume) bestehen keine anderen Verträge, die mit der Einrichtung oder dem Betrieb der Filialapotheke in Zusammenhang stehen.
5. Ich betreibe keine Apotheke in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaften oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum.
 Ich betreibe eine Apotheke in folgendem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaften oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum:

6. Ich erkläre hiermit mein Einverständnis mit der Benennung zum Verantwortlichen gem. § 2 Abs. 5 Nr. 2 - „Filialleiter“- für die o.a. Apotheke. Mir ist bewusst, dass mir aus dieser Benennung Verpflichtungen erwachsen, wie sie im Apothekengesetz und der Apothekenbetriebsordnung für Apothekenleiter festgesetzt sind.
7. Mir ist bekannt, dass ich als Apothekenleiter am Betäubungsmittelverkehr teilnehme. Die daraus erwachsenden Verpflichtungen insbesondere zu den Nachweispflichten gem. § 13 f Betäubungsmittelverschreibungsverordnung werden von mir beachtet.
8. Die Beendigung meiner Tätigkeit als Verantwortlicher werde ich dem Gesundheitsamt des Oberbergischen Kreises, Am Wiedenhof 1-3, 51643 Gummersbach (Tel: 02261-885332) unverzüglich mitteilen.

Ich versichere, dass alle Angaben richtig und vollständig sind.

Ich verpflichte mich, jede Eröffnung, Kauf, Pacht, sonstigen Erwerb oder Beteiligung an einer weiteren Apotheke in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Gemeinschaften oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum dem Kreisgesundheitsamt des Oberbergischen Kreises anzuzeigen.

Ort und Datum

(Nicht zutreffende Absätze sind deutlich (mit Andreaskreuz) zu streichen.)

Unterschrift