

# Versicherung der Filialleitung zur Zuverlässigkeit

nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 ApoG



17.04.2026

Von

Angaben zur Person			
Anrede		Titel/ Akad. Grad	
Vorname		Nachname	
Geburtsdatum		Geburtsort	
Anschrift			
PLZ		Ort	

Ich übernehme die Filialleitung für folgende Apotheke:

Angaben zur Apotheke			
Name der Apotheke			
Anschrift			
PLZ		Ort	

## Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass mir die Ausübung des Apothekerberufs nicht untersagt ist sowie dass keine Strafverfahren und keine berufsgerichtlichen Verfahren gegen mich anhängig sind (§2 Abs. 1 Nr. 4 ApoG).

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift