

Absender:

.....
.....
.....

Eingang Landratsamt:

persönlich abgegeben am: _____

Aktenzeichen: LRA OA-5400- _____

(Stempel der Behörde)

**Landratsamt Oberallgäu
Gewerbe- und Gaststättenrecht
Oberallgäuer Platz 2
87527 Sonthofen**



Zutreffendes bitte ankreuzen

**Antrag auf Erteilung einer Betriebserlaubnis nach § 1 Abs. 2 ApoG
(Gesetz über das Apothekenwesen)**

- Neuerrichtung
- Fortführung
- Änderung oder Erweiterung der Räume
- Teilhabereintritt

1. Personalien des Antragstellers:

| | | | |
|--|--------------------|-------------|----------------|
| Familienname (ggf. Geburtsname): | | Vorname(n): | |
| Geburtsdatum: | Geburtsort, -land: | | Familienstand: |
| Staatsangehörigkeit: | Telefon-Nr.: | E-Mail: | |
| Wohnanschrift (Straße, Hausnr., PLZ, Ort): | | | |
| Berufliche Betätigung in den letzten 3 Jahren: | | | |

2. Angaben zum Betrieb:

| | | | |
|--|----------|--------------------------|------|
| Name der Apotheke: | | Geplante Eröffnung: | |
| Betriebsanschrift (Straße / Nr., PLZ, Ort) | | | |
| Telefon: | Telefax: | E-Mail: | |
| Werden in einem anderem Mitgliedsstaat der EU oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum weitere Apotheken betrieben | | <input type="checkbox"/> | Nein |
| | | <input type="checkbox"/> | Ja |
| Wenn vorstehend ja, Angabe von Anschrift (Straße / Nr., PLZ, Ort) | | Land: | |
| Anzahl und Lage der Betriebsräume: | | | |
| Zweckbestimmung: | Lage: | Grundfläche: | |
| Offizin | | | |
| Beratung | | | |
| Rezeptur | | | |
| Laboratorium | | | |
| Lagerraum | | | |
| Nachtdienstzimmer | | | |
| Personalraum | | | |

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird hiermit versichert.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers