

**Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage bei der unteren Gesundheitsbehörde  
zwecks Erteilung einer Erlaubnis zum Betreiben mehrerer Apotheken**

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)

\_\_\_\_\_