

**Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage bei der unteren Gesundheitsbehörde
zwecks Übernahme der Funktion als Leiter/in (verantwortliche Person) einer
Filialapotheke**

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)
