

**Niederschrift über die Abnahme einer Eidesstattlichen Versicherung gemäß § 2 Abs. 1 Ziffer 5
des Gesetzes über das Apothekenwesen (ApoG) zum Antrag auf Erteilung einer
Betriebserlaubnis**

Name/n der Apotheke/n, PLZ, Ort, Straße, Hausnummer
Name, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort des_der Antragstellers_in

Versicherung an Eides Statt

Hiermit erkläre ich, dass ich keine Vereinbarungen getroffen habe, die gegen § 8 Satz 2, § 9 Abs. 1, § 10 oder § 11 des Gesetzes über das Apothekenwesen (ApoG) verstoßen.

Vor Aufnahme der Versicherung an Eides Statt bin ich über die Bedeutung der eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unrichtigen oder unvollständigen eidesstattlichen Versicherung belehrt worden.

Ich versichere an Eides Statt, dass ich nach bestem Wissen die reine Wahrheit gesagt und nichts verschwiegen habe.

Die Niederschrift ist mir am heutigen Tage zur Genehmigung vorgelesen (nach Verlangen zur Durchsicht vorgelegt) worden.

Ort, Datum, Unterschrift des_der Filialapothekers_in

Bei der Niederschrift anwesende Personen

Name, Ort, Datum
Name, Ort, Datum

Ort, Datum Unterschrift der Person, die die eidesstattliche Versicherung aufgenommen hat;
ggf. auch Schriftführer_in