



## Ambulante ärztliche Institutionen, Polikliniken Gesuch um Bewilligung zum Betrieb einer ärztlichen Privatapotheke<sup>1</sup> zum Detailhandel mit Arzneimitteln

FRM-40314B

⇒  Bitte Zutreffendes ankreuzen

### 1. Grund des Gesuches

		Was ist auszufüllen?
<input type="checkbox"/>	Ersterteilung <sup>2</sup>	Abschnitt 1, 2, 3.1, 4.1, 5
<input type="checkbox"/>	Erneuerung	Abschnitt 1, 2, 3.1, 4.1, 5
<input type="checkbox"/>	Wechsel der verantwortlichen Person	Abschnitt 1, 2, 3.1, 3.2, 5
<input type="checkbox"/>	Weiterführung der ärztlichen Privatapotheke nach Verlegung	Abschnitt 1, 2, 5
<input type="checkbox"/>	Wechsel der Bewilligungsinhaberin bzw. des Bewilligungsinhabers <sup>3</sup>	Abschnitt 1, 2, 3.1, 3.2, 4.1, 4.2, 5
<input type="checkbox"/>	Namens- oder Adressänderung der Bewilligungsinhaberin (juristische Person)	Abschnitt 1, 2, 4.1, 4.2, 5

<sup>1</sup> Die Betriebsbewilligung im Sinne von § 35 des Gesundheitsgesetzes wird falls zutreffend gleichzeitig mit der Detailhandelsbewilligung erteilt

<sup>2</sup> Die Detailhandelsgeschäfte können der Kantonalen Heilmittelkontrolle die Pläne zur vorgängigen Prüfung vorlegen (Heilmittelverordnung § 17 Abs. 3).

<sup>3</sup> Bei einem Wechsel der Bewilligungsinhaberin bzw. des Bewilligungsinhabers muss eine neue Detailhandels- und Betriebsbewilligung ausgestellt werden.

Hinweis:

Alle relevanten gesetzlichen Bestimmungen sowie auch dieses Gesuchsformular finden Sie auf unserer Homepage

[www.heilmittelkontrolle-zh.ch](http://www.heilmittelkontrolle-zh.ch)

**2. Angaben zum Betriebsstandort**

Institutionsname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Postfach \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. \_\_\_\_\_

Fax-Nr. \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Web-Adresse \_\_\_\_\_

Öffnungszeiten \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**3. Angaben zur verantwortlichen Person <sup>4</sup>****3.1 Bisherige verantwortliche Person**

Name Vorname Titel \_\_\_\_\_

EAN-Code (GLN) der Person \_\_\_\_\_

**3.2 Neue verantwortliche Person**

Name Vorname Titel \_\_\_\_\_

EAN-Code (GLN) der Person \_\_\_\_\_

**Der Wechsel der verantwortlichen Person findet statt per:**

Datum: \_\_\_\_\_

<sup>4</sup> Diese Person wird, wenn der Inhaber, die Inhaberin eine juristische Person ist, als das für die Einhaltung der gesundheitspolizeilichen Vorschriften bezeichnete Mitglied der gesamtverantwortlichen Leitung angesehen (im Sinne von § 36 Bst. d des Gesundheitsgesetzes).

#### 4. Angaben zur Inhaberin bzw. zum Inhaber

##### 4.1 bisherige Inhaberin bzw. bisheriger Inhaber

Rechtsnatur

<i>Personengesellschaft</i>	<i>Juristische Person</i>	<i>Übrige</i>
<input type="checkbox"/> Einzelunternehmung	<input type="checkbox"/> Aktiengesellschaft	<input type="checkbox"/> Öffentl. rechtl. Anstalt
<input type="checkbox"/> Kollektivgesellschaft	<input type="checkbox"/> Gesellschaft m. b. Haftung	<input type="checkbox"/> Verwaltungseinheit
<input type="checkbox"/> Kommanditgesellschaft	<input type="checkbox"/> Stiftung	
	<input type="checkbox"/> Verein	
	<input type="checkbox"/> Genossenschaft	

Firma bzw. Name Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Postfach \_\_\_\_\_

PLZ Ort \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. \_\_\_\_\_

##### 4.2 neue Inhaberin bzw. neuer Inhaber

Rechtsnatur

<i>Personengesellschaft</i>	<i>Juristische Person</i>	<i>Übrige</i>
<input type="checkbox"/> Einzelunternehmung	<input type="checkbox"/> Aktiengesellschaft	<input type="checkbox"/> Öffentl. rechtl. Anstalt
<input type="checkbox"/> Kollektivgesellschaft	<input type="checkbox"/> Gesellschaft m. b. Haftung	<input type="checkbox"/> Verwaltungseinheit
<input type="checkbox"/> Kommanditgesellschaft	<input type="checkbox"/> Stiftung	
	<input type="checkbox"/> Verein	
	<input type="checkbox"/> Genossenschaft	

Firma bzw. Name Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Postfach \_\_\_\_\_

PLZ Ort \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. \_\_\_\_\_

#### 5. Die/der Unterzeichnende bestätigt, diese Gesuchsunterlagen vollständig und wahrheitsgemäss ausgefüllt zu haben.

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Funktion \_\_\_\_\_

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

Unterschrift \_\_\_\_\_

Bemerkungen:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_