

Bestätigung für Notbetreuung

Hiermit bestätige ich, dass Herr/Frau _____
in meiner Apotheke als Apothekerin/Apotheker nach § 3 der Bundesapothekerordnung tätig ist. Zur Aufrechterhaltung des Apothekenbetriebs ist eine Beurlaubung der oben genannten Person nicht möglich, sodass eine Notfallbetreuung erfolgen muss, um die Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln aufrecht zu erhalten.

Datum/Unterschrift/Stempel der Apotheke