

Bestätigung für Notbetreuung

Hiermit bestätige ich, dass Herr/Frau _____
in meiner Apotheke als Pharmazeutisch Technische Assistentin / Pharmazeutisch
Technischer Assistent gemäß § 1 Abs. 1 des Gesetzes über den Beruf des
Pharmazeutisch Technischen Assistenten 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