



Bewilligungen
Malzgasse 30
CH-4001 Basel

Tel: +41 61 267 95 26
E-Mail: bewilligungen-bs@hin.ch
www.bs.ch/md

Gesuch um Verlängerung der Bewilligung zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung um 2 Jahre als Apothekerin/Apotheker

Personalien

GLN

UID

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht m w

Staatsangehörigkeit

Bürgerort / Kanton
(bei Ausländern: Geburtsort/-land)

Zivilstand

Wohnadresse

Strasse

Nr.

Postleitzahl

Ort

Land

Telefon

Mobil

Mailadresse

Sprachen

Deutsch

Französisch

Italienisch

Englisch

weitere

Adresse Apotheke

Name der Apotheke

Strasse

Nr.

Postleitzahl

Ort

Telefon

Mobil

Mailadresse

Wichtige Informationen zur Verlängerung der Bewilligung:

- **Eingabefrist:** Spätestens zwei Monate vor dem 70. Geburtstag bzw. zwei Monate vor Ablauf der Bewilligung.
 - **Ärztliches Zeugnis:** Dem Gesuch ist ein ärztliches Zeugnis beizulegen, welches bestätigt, dass die Bewilligungsinhaberin/der Bewilligungsinhaber physisch und psychisch weiterhin zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung fähig ist. **Das ärztliche Zeugnis finden Sie auch auf der Homepage.**
 - **Berufshaftpflichtversicherung:** Dem Gesuch ist ebenfalls eine Kopie einer gültigen Berufshaftpflichtversicherung beizulegen.
 - **Verlängerungsfrist:** Um jeweils zwei Jahre.
-

Die/der Unterzeichnete bestätigt mit ihrer/seiner Unterschrift, dass die eingeforderten und gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.

Ort und Datum

Stempel/Unterschrift

Beilage

- Ärztliches Zeugnis
- Nachweis einer Berufshaftpflichtversicherung