



Bewilligungen  
Malzgasse 30  
CH-4001 Basel

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

## **Jahresmeldung: Pharmazeutische Betreuung und Belieferung von Heimen und Institutionen Stand: 1. Januar**

### **Apotheke**

Name

Strasse

Nr.

Postleitzahl

Ort

Telefon

Mobil

Mailadresse

---

### **Heim/Institution**

Name

Art der Betreuung

Pharmazeutische Betreuung mit Vertrag schriftlich geregelt    ja    nein

---

### **Heim/Institution**

Name

Art der Betreuung

Pharmazeutische Betreuung mit Vertrag schriftlich geregelt    ja    nein

---

**Heim/Institution**

Name

Art der Betreuung

Pharmazeutische Betreuung mit Vertrag schriftlich geregelt    ja        nein

---

**Heim/Institution**

Name

Art der Betreuung

Pharmazeutische Betreuung mit Vertrag schriftlich geregelt    ja        nein

---

**Heim/Institution**

Name

Art der Betreuung

Pharmazeutische Betreuung mit Vertrag schriftlich geregelt    ja        nein

---

**Heim/Institution**

Name

Art der Betreuung

Pharmazeutische Betreuung mit Vertrag schriftlich geregelt    ja        nein

---

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift  
der/s verantwortlichen Apotheker/-in