



Bewilligungen
Malzgasse 30
CH-4001 Basel

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

Gesuch um Erteilung einer eingeschränkten Stellvertreterbewilligung in einer Apotheke gemäss § 29a Bewilligungsverordnung (befristet auf 3 Jahre)

Angaben zum Betrieb

Rechtsform

Daten zum Eigentümer (gemäss HR-Auszug)

Name des Eigentümers

Sitz

Strasse

Nr.

Postleitzahl

Ort

Land

Daten zur Apotheke

Name der Apotheke

Strasse

Nr.

Postleitzahl

Ort

Land

Telefon

Mobil

Mailadresse

Website

**Angaben zur eingeschränkten Stellvertreterin/zum eingeschränkten Stellvertreter
der Apotheke**

Personalien

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

Eidg. Apothekerdiplom oder vom BAG anerkanntes Apothekerdiplom

ja nein

Bezeichnung

ausgestellt durch

Ort

Land

Ausstellungsdatum

Praxisdaten 

Verbindliches Datum der Tätigkeitsaufnahme

Beschäftigungsgrad

Pensum

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

Ort und Datum

Stempel/Unterschrift
fachliche Leitung

Ort und Datum

Stempel/Unterschrift
Stellvertretung

**Beilagen* zum Gesuch um Erteilung einer eingeschränkten Stellvertreterbewilligung
gemäss § 29a Bewilligungsverordnung in einer Apotheke**

Name Vorname

Eidgenössisches Apothekerdiplom

Ausländisches Apothekerdiplom (Approbation) und zusätzlich

Anerkennungsbestätigung des ausländischen Apothekerdiploms (Bundesamt für Gesundheit, MEBEKO Ressort Ausbildung, MEBEKO-Weiterbildung@bag.admin.ch)
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home.html>

Auszug aus dem Schweizerischen Strafregister (Schweizerisches Strafregister, Dienst für Auszüge an Privatpersonen, Bundesrain 20, 3003 Bern); online unter
https://www.e-service.admin.ch/crex/cms/content/strafregister/privatauszug_de
im Original, nicht älter als 6 Monate

bei Zuzug aus dem Ausland benötigen wir zusätzlich das Führungszeugnis des Herkunftslandes im Original, nicht älter als 6 Monate
(nur falls noch keine 10 Jahre in der Schweiz wohnhaft)

Sprachkenntnisse

Hiermit bestätige ich, dass ich mindestens über das Niveau B2 der **deutschen**

Sprache verfüge.

ja nein

Hinweis: Diese Sprache muss im Medizinalberuferegister [MedReg] eingetragen sein.

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/berufe-im-gesundheitswesen/medizinalberufe/meldung-von-sprachkenntnissen.html>

Auf Verlangen* einzureichen

Ausweis über ausreichende Sprachkenntnisse in Deutsch

Arztzeugnis über den Gesundheitszustand im Original, aktuell

* Auf Verlangen ist das Originaldokument oder eine beglaubigte Abschrift einzureichen. Urkunden, die nicht in deutscher Sprache abgefasst sind, ist eine amtlich beglaubigte Übersetzung beizulegen.

Zwingende Voraussetzungen

Wir bestätigen hiermit, dass die Vertretung max. 20 Stunden pro Woche sowie max. 6 Wochen pro Jahr als eingeschränkte Stellvertretung pro 100% Pensum tätig ist und, dass während der Vertretung die fachliche Leitung oder deren Stellvertretung für Rücksprachen zur Verfügung steht.

Nachweis der Tätigkeit in einer öffentlichen Apotheke von mind. 6 Monaten in einem Pensum von 100%

Nachweis der Tätigkeit in der Apotheke, für welche die Bewilligung erteilt wird, von mind. 3 Monaten in einem Pensum von 100%

(Ein Nachweis muss zutreffen und belegt werden.)

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die eingeschränkte Stellvertreterbewilligung für Personen vorgesehen ist, welche sich in einer Weiterbildung zum FPH-Titel befinden.

Pro Apotheke wird in der Regel eine Vertretung bewilligt.