



Kantonsapotheke

B _____

Anmeldeformular für Apothekerstellvertreter

Gemäss Art. 25 der Verordnung über die Ausübung der medizinischen Berufe (VMB, sGS 312.0)

Das Bewilligungsgesuch ist bei der Kantonsapotheke einzureichen. Die Bewilligung wird der verantwortlichen Apothekerin/dem verantwortlichen Apotheker erteilt. Eine Bewilligungsgebühr wird pro Stellvertreter(in) und Apotheke einmal erhoben und beträgt Fr. 100.- bis 400.- gemäss Ziff. 16 des Gebührentarifs für die Gesundheitspolizei (GebTG, sGS 311.3).

Kantonsapotheke
Heilmittelkontrolle
Oberer Graben 32
9001 St.Gallen

www.kantonsapotheke.sg.ch

Angaben zur Apotheke

Name der Apotheke _____

Leiterin / Leiter _____ Telefon _____

Strasse Nr., PLZ Ort _____

Rechnungsadresse Falls nicht identisch mit der Apothekenadresse: Name, Strasse Nr., PLZ Ort
Bewilligung _____

Personalien der Stellvertreterin/des Stellvertreters

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Qualifikation der Stellvertreterin/des Stellvertreters

Bitte Zutreffendes ankreuzen

- verfügt über eine Berufsausübungsbewilligung des Kantons St.Gallen vom _____
- verfügt über eine Berufsausübungsbewilligung eines anderen Kantons vom _____
Eine Kopie der Bewilligung ist beizulegen.

Frühere Stellvertretung

- Für die Stellvertreterin/den Stellvertreter wurde bereits früher im Kanton St.Gallen eine Stellvertreterbewilligung erteilt. *Bitte die Apotheke und das Ausstellungsdatum angeben.*

Apotheke _____ erteilt am _____

Apotheke _____ erteilt am _____

Apotheke _____ erteilt am _____

Vorgesehene Stellvertretung

befristet von-bis _____ Beschäftigungsgrad _____ %

regelmässig ab _____ Beschäftigungsgrad _____ %

Eine längerfristige Stellvertretung setzt eine Berufsausübungsbewilligung des Kantons St.Gallen oder eine bereits vor 01.01.2018 erteilte Stellvertreterbewilligung des Kantons St.Gallen voraus.

Bitte hier offen lassen

Ort, Datum

Unterschrift (Leiterin / Leiter der Apotheke)