

zukünftige Angaben zur 1. Filialapotheke:

BtM-Nummer **dieser** Apotheke

Name der Filialapotheke (korrekt lautend **entsprechend der Betriebserlaubnis**)

PLZ

Ort

Straße, Hausnummer

Telefon-Nummer

Fax-Nummer

E-Mail-Adresse

Anzeigegrund: Neugründung Betreiberwechsel Änderung der Rechtsform
 Änderung des Namens oder der Anschrift der Filialapotheke
 Änderung des Nachnamens oder der Anschrift der apothekenbetreibenden Person
 keine Änderung

Datum der Änderung

zukünftige Angaben zur 2. Filialapotheke (wenn vorhanden):

BtM-Nummer **dieser** Apotheke

Name der Filialapotheke (korrekt lautend **entsprechend der Betriebserlaubnis**)

PLZ

Ort

Straße, Hausnummer

Telefon-Nummer

Fax-Nummer

E-Mail-Adresse

Anzeigegrund: Neugründung Betreiberwechsel Änderung der Rechtsform
 Änderung des Namens oder der Anschrift der Filialapotheke
 Änderung des Nachnamens oder der Anschrift der apothekenbetreibenden Person
 keine Änderung

Datum. der Änderung

zukünftige Angaben zur 3. Filialapotheke (wenn vorhanden):

BtM-Nummer **dieser** Apotheke

Name der Filialapotheke (korrekt lautend **entsprechend der Betriebserlaubnis**)

PLZ

Ort

Straße, Hausnummer

Telefon-Nummer

Fax-Nummer

E-Mail-Adresse

Anzeigegrund: Neugründung Betreiberwechsel Änderung der Rechtsform
 Änderung des Namens oder der Anschrift der Filialapotheke
 Änderung des Nachnamens oder der Anschrift der apothekenbetreibenden Person
 keine Änderung

Datum der Änderung