

Name und Anschrift / Praxisstempel

Regierungspräsidium
Darmstadt Dezernat V 54
64278 Darmstadt

Anzeige der Auflösung des Betriebs einer tierärztlichen Hausapotheke

Hiermit zeige ich gemäß § 79 Abs. 1 i. V. m. Abs. 2 und 4 des Tierarzneimittelgesetzes (TAMG) die Auflösung meiner tierärztlichen Hausapotheke (TÄHA) an.

1. Angaben zum Betrieb der TÄHA

1.1

Verantwortliche Person:	
-------------------------	--

1.2

Standort der TÄHA (Anschrift):	
Tel-Nr.:	Fax-Nr.:
Mobil:	E-Mail:

1.4

Auflösung der TÄHA zum (bitte Datum angeben):	
--	--

1.5

	Die vorhandenen Arzneimittel werden / wurden unschädlich vernichtet.	
	Die vorhandenen Arzneimittel werden / wurden an meinen / meine Nachfolger/in übergeben:	
	Name:	Anschrift:

2. Sonstiges

Ich nehme am Verkehr mit Betäubungsmitteln teil. Hierzu füge ich das Formblatt
„Zusatzangaben bei Beendigung der Teilnahme am Betäubungsmittelverkehr“ bei.

Ort

Datum

Unterschrift