

Name und Anschrift / Praxisstempel

Regierungspräsidium Darmstadt
Dezernat V.54
64278 Darmstadt

Anzeige der Auflösung des Betriebs einer tierärztlichen Hausapotheke

Hiermit zeige ich gemäß § 67 Abs. 1 des Arzneimittelgesetzes an, dass ich

seit dem / zum _____

Meine tierärztliche Hausapotheke

in PLZ _____ Ort _____

Straße _____ Nr. _____

Telefonnummer für Rückfragen: _____

auflösen werde.

Die vorhandenen Arzneimittel werden / wurden an meinen / meine Nachfolger/in übergeben.

Name _____

PLZ _____ Ort _____

Straße _____ Nr. _____

Telefonnummer für Rückfragen: _____

Die vorhandenen Arzneimittel werden / wurden unschädlich vernichtet.

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

Ort

Datum

Unterschrift