



Bewilligungen  
Malzgasse 30  
CH-4001 Basel

Tel: +41 61 267 95 26  
E-Mail: [bewilligungen-bs@hin.ch](mailto:bewilligungen-bs@hin.ch)  
[www.medizinischdienste.bs.ch](http://www.medizinischdienste.bs.ch)

## Meldung für eine Bestätigung einer Stellvertreterin/eines Stellvertreters als Apothekerin/Apotheker

Die Gebühr beträgt CHF 100.00

### 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 Stellvertreterin/zum Stellvertreter der Apotheke

Pro Stellvertretung müssen nachfolgende Angaben ausgefüllt werden. Für die Stellvertretung ist zudem eine Berufsausübungsbewilligung notwendig.

#### 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

---

**Nachweis akademischer Titel (Doktorat o.ä.)** ja nein

Bezeichnung

ausgestellt durch

Ort

Land

Ausstellungsdatum

---

**Nachweis vorhandener Spezialisten-Titel (z.B. FPH in Offizinpharmazie)** ja nein

Bezeichnung

ausgestellt durch

Ort

Land

Ausstellungsdatum

---

**Praxisdaten** 

Verbindliches Datum der Tätigkeitsaufnahme

---

**Beschäftigungsgrad**

Pensum

---

Nachweis einer Bewilligung zur Berufsausübung in eigener fachlicher  
Verantwortung im Kanton Basel-Stadt

ja nein

---

**Angaben zur bisherigen Berufstätigkeit**

1. Verfügen Sie schon über eine Bewilligung zur Berufsausübung in eigener fachlicher  
Verantwortung als Apothekerin/Apotheker?

Berufsausübung in einem oder mehreren Kanton(en)/Land/Ländern?

ja nein

Kanton/e

Land/Länder

---

2. Wurde Ihnen in einem anderen Kanton/Land die Bewilligung  
eingeschränkt, verweigert oder entzogen?

ja nein

 Falls ja, bitte auf separatem Blatt erläutern

---

3. Haben Sie bis zu diesem Datum schon in einem anderen Kanton/Land ein Gesuch um Erteilung einer Bewilligung gestellt, ohne dass es zu einer Bewilligungserteilung gekommen ist? ja nein

---

4. Laufen Verfahren gegen Sie in einem anderen Kanton/Land (Aufsichtsrechtliche Verfahren, Strafverfahren, Haftpflicht- oder Zivilverfahren) in Bezug auf die berufliche Tätigkeit? ja nein

---

 Falls ja, bitte auf separatem Blatt erläutern

---

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

Ort und Datum

Stempel/Unterschrift