



## Medizinische Dienste

### ► Bewilligungen und Support

Sabrina Stachl  
Gerbergasse 13  
CH-4001 Basel

Tel: +41 61 267 44 95  
E-Mail: [sabrina.stachl@bs.ch](mailto:sabrina.stachl@bs.ch)  
[www.medizinischdienste.bs.ch](http://www.medizinischdienste.bs.ch)

# Gesuch um Verlängerung der Bewilligung zur privatwirtschaftlichen Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung um 2 Jahre als Apothekerin/ Apotheker im Kanton Basel-Stadt

## Personalien

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht m w

Staatsangehörigkeit

Bürgerort / Kanton  
(bei Ausländern: Geburtsort/-land)

Zivilstand

## Private Adresse

Strasse

Nr.

Postleitzahl

Ort

Land

Telefon

Mobil

Mailadresse

## Adresse Apotheke



muss zwingend angegeben werden

Name Apotheke

Strasse

Nr.

Postleitzahl

Ort

Telefon

Mobil

Fax

Mailadresse

---

**Wichtige Informationen zur Verlängerung der Bewilligung:**

- **Eingabefrist:** Spätestens zwei Monate vor Ablauf der Bewilligung bzw. zwei Monate vor dem 70. Geburtstag.
- **Ärztliches Zeugnis:** Dem Gesuch ist ein ärztliches Zeugnis beizulegen, welches bestätigt, dass die Bewilligungsinhaberin/der Bewilligungsinhaber physisch und psychisch weiterhin zur Berufsausübung fähig ist. **Das ärztliche Zeugnis finden Sie auch auf der Homepage.**
- **Berufshaftpflichtversicherung:** Dem Gesuch ist ebenfalls eine Kopie einer gültigen Berufshaftpflichtversicherung beizulegen.
- **Verlängerungsfrist:** Um jeweils zwei Jahre.

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

Ort und Datum

Unterschrift

**Beilage**

– Ärztliches Zeugnis