

GESUCH

Bewilligung zur **Ausübung des Apothekerberufes mit eingeschränkter Stellvertreterfunktion** in einer Apotheke im Kanton Basel-Landschaft gem. § 11 des kantonalen Gesundheitsgesetzes (GesG; [SGS 901](#)) und § 19a der Verordnung über die Berufe im Gesundheitswesen ([SGS 914.12](#))

Angaben zur gesuchstellenden Apothekerin / zum gesuchstellenden Apotheker:			
Name, Vorname:			
Wohnadresse, PLZ, Ort:			
Geburtsdatum:		Tel.:	
Bewilligung gewünscht ab:		E-Mail:	
Verfügen Sie über ein eidg. oder ein von der MEBEKO anerkanntes Apothekerdiplom (entsprechender Eintrag im eidg. Medizinalberuferegister vorhanden)?			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist Deutsch Ihre Muttersprache?			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Ihre Deutschkenntnisse im eidg. Medizinalberuferegister eingetragen? Falls Deutsch nicht Ihre Muttersprache ist und weder Diplom noch Weiterbildungstitel im deutschen Sprachraum erworben wurden, muss der Eintrag der Sprachkenntnisse im MedReg beantragt werden.			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurde gegen Sie von der zuständigen Aufsichtsbehörde je eine Disziplinar-massnahme verhängt oder Ihnen die Tätigkeit eingeschränkt oder untersagt?			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist ein Disziplinarverfahren gegen Sie hängig?			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist ein Strafverfahren gegen Sie hängig?			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn eine der drei Fragen mit ja beantwortet wurde, bitte auf separatem Blatt erläutern.			

Mit diesem Gesuch einzureichende Unterlagen:

- Beruflicher Lebenslauf
- [Privatauszug aus dem Schweizerischen Strafregister](#) (Original, nicht älter als 3 Monate); ggf. **zusätzlich** entsprechende Auszüge aus allen Ländern, in welchen die gesuchstellende Person während der letzten 10 Jahre Wohnsitz hatte oder den Apothekerberuf ausübte
- Nachweis der Anmeldung zur obligatorischen 2-jährigen Weiterbildung gemäss MedBG

Ort / Datum:

Unterschrift der/-s gesuchstellenden Apothekers/-in:

Angaben zur Apotheke, in der die Tätigkeit ausgeübt werden soll:	
Name, Adresse der Apotheke	
Name, Vorname der fvP:	

- Wir weisen darauf hin, dass pro Betrieb maximal zwei Bewilligungen zur Ausübung des Apothekerberufes mit eingeschränkter Stellvertreterfunktion ausgestellt werden können.
- Die Stellvertretung darf nur dann aufgenommen werden, wenn die fachtechnisch verantwortliche Person (fvP) festgestellt hat, dass die Bewilligungsinhaberin / der Bewilligungsinhaber über die erforderlichen Kenntnisse verfügt.
- Die Überprüfung der arbeitsrechtlichen Situation von ausländischen Apothekerinnen / Apothekern bzw. das Einholen einer Arbeitsbewilligung ist Sache der Arbeitgeber.
- Die fvP bestätigt, dass für die Tätigkeit der gesuchstellenden Apothekerin / des gesuchstellenden Apothekers eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung besteht.
- Die fvP bestätigt, dass die gesuchstellende Apothekerin / der gesuchstellende Apotheker bei ihr im Rahmen der anerkannten Weiterbildung tätig ist.

Ort / Datum:

Unterschrift der fachtechnisch verantwortlichen Person:

Die Unterzeichnenden bestätigen mit Ihrer Unterschrift, dass die eingeforderten und gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen. Sie erklären sich ferner mit der Einholung allfälliger Bewilligungsakten und Informationen von früheren Arbeitsorten und Behörden durch den Kantonsapotheker einverstanden.

**Bitte vollständiges Gesuch mind. 2 Monate vor Beginn der Tätigkeit per Post senden an:
Amt für Gesundheit, Abteilung Heilmittel, Bahnhofstrasse 5, Postfach, 4410 Liestal**