



## Gesuch um Bewilligung zum Versandhandel mit Arzneimitteln

→  Bitte Zutreffendes ankreuzen

### 1. Grund des Gesuches

		Was ist auszufüllen?
	Ersterteilung	Abschnitt 2.1, 3.1, 4.1, 5.1, 5.2, 6
	Erneuerung	Abschnitt 2.1, 3.1, 4.1, 5.1, 6
	Wechsel der verantwortlichen Person	Abschnitt 2.1, 4.1, 4.2, 6
	Namens- oder Adressänderung der Bewilligungsinhaberin (juristische Person)	Abschnitt 2.1, 3.1, 3.2, 5.1, 6
	Namens- oder Adressänderung der öffentlichen Apotheke (Betriebsstandort)	Abschnitt 2.1, 2.2, 5.1, 6
	Erweiterung	Abschnitt 2.1, 3.1, 4.1, 5.2, 6
	Einschränkung	Abschnitt 2.1, 3.1, 4.1, 5.2, 6

**Tätigkeitsaufnahme- bzw. Mutationsdatum bitte bei Abschnitt 5 vermerken.**

**Hinweis:**

Alle relevanten gesetzlichen Bestimmungen, sowie auch dieses Gesuchsformular finden Sie auf unserer Homepage: [www.heilmittelkontrolle.zh.ch](http://www.heilmittelkontrolle.zh.ch)



## **2. Angaben zur öffentlichen Apotheke (Betriebsstandort)**

### **2.1 bisher**

Name der öffentlichen  
Apotheke

---

Adresse

---

Postfach

---

PLZ Ort

---

Tel.-Nr.

---

### **2.2 neu**

Name der öffentlichen  
Apotheke

---

Adresse

---

Postfach

---

PLZ Ort

---

Tel.-Nr.

---



### 3. Angaben zur Inhaberin bzw. zum Inhaber

#### 3.1 bisherige Inhaberin bzw. bisheriger Inhaber

Rechtsnatur	<i>Personengesellschaft</i> Einzelunternehmung Kollektivgesellschaft Kommanditgesellschaft	<i>Juristische Person</i> Aktiengesellschaft Gesellschaft mit beschränkter Haftung
-------------	---	---

Firma bzw. Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Postfach \_\_\_\_\_

PLZ Ort \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. \_\_\_\_\_

#### 3.2 neue Inhaberin bzw. neuer Inhaber

Rechtsnatur	<i>Personengesellschaft</i> Einzelunternehmung Kollektivgesellschaft Kommanditgesellschaft	<i>Juristische Person</i> Aktiengesellschaft Gesellschaft mit beschränkter Haftung
-------------	---	---

Firma bzw. Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Postfach \_\_\_\_\_

PLZ Ort \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. \_\_\_\_\_

### 4. Angaben zur verantwortlichen Person (identisch mit der verantwortlichen Person der öffentlichen Apotheke)

#### 4.1 bisherige verantwortliche Person

Name Vorname Titel \_\_\_\_\_

GLN der Person \_\_\_\_\_

#### 4.2 neue verantwortliche Person

Name Vorname Titel \_\_\_\_\_

GLN der Person \_\_\_\_\_

