



► **Bewilligungen und Support**

Bewilligungen
Malzgasse 30
CH-4001 Basel

Tel: +41 61 267 95 26
E-Mail: bewilligungen-bs@hin.ch
www.medizinischdienste.bs.ch

Gesuch um Erteilung einer eingeschränkten Stellvertreterbewilligung gemäss Bewilligungsverordnung § 29a in einer Apotheke im Kanton Basel-Stadt

(befristet auf 3 Jahre. Eine Verlängerung ist möglich)
Die Gebühr beträgt CHF 150.00

Daten zur Apotheke

Fachliche Leitung
(Name der verantwortl. Pers.)

Name der Apotheke

Strasse

Nr.

Postleitzahl

Ort

Eigentümer

Telefon

Mobil

Mailadresse

Web

Verbindliches Datum der Tätigkeitsaufnahme per

Die Beschäftigung als Stellvertreterin / Stellvertreter erfolgt

% Penum

Personalien der Stellvertretung

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht m w

Staatsangehörigkeit

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

Geburtsname

Zivilstand

Private Adresse der Stellvertretung

Strasse

Nr.

Postleitzahl

Ort

Land

Telefon

Mobil

Mailadresse

Eidg. Apothekerdiplom oder vom BAG anerkanntes Apothekerdiplom

ausgestellt durch

Ort

Land

Ausstellungsdatum

**Beilagen* zum Gesuch um eine eingeschränkte Stellvertreterbewilligung gemäss
Bewilligungsverordnung § 29a in einer Apotheke im Kanton Basel-Stadt**

Name

Vorname

Eidgenössisches Apothekerdiplom

Ausländisches Diplom und zusätzlich

Anerkennungsbestätigung des ausländischen Apothekerdiploms (Bundesamt für
Gesundheit, MEBEKO Ressort Ausbildung, MEBEKO-Weiterbildung@bag.admin.ch)
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/berufe-im-gesundheitswesen/auslaendische-abschluesse-gesundheitsberufe.html>

Auszug aus dem Schweizerischen Strafregister (Schweizerisches Strafregister, Dienst für
Auszüge an Privatpersonen, Bundesrain 20, 3003 Bern; online unter www.bj.admin.ch),
im Original, nicht älter als 6 Monate

bei Zuzug aus dem Ausland benötigen wir zusätzlich das Führungszeugnis des
Herkunftslandes im Original, nicht älter als 6 Monate
(nur falls keine 10 Jahre in der Schweiz wohnhaft)

Doktordiplom/Promotionsurkunde

Sprachkenntnisse

Hiermit bestätige ich, dass ich mindestens über das Niveau B2 der **deutschen** ja nein
Sprache verfüge.

Auf Verlangen* einzureichen

Ausweis über ausreichende Sprachkenntnisse in Deutsch

Arztzeugnis über den Gesundheitszustand im Original, aktuell

Wichtige Information

* Auf Verlangen ist das Originaldokument oder eine beglaubigte Abschrift einzureichen.
Urkunden, die nicht in deutscher Sprache abgefasst sind, ist eine amtlich beglaubigte
Übersetzung beizulegen.

Zwingende Voraussetzungen

Wir bestätigen hiermit, dass die Vertretung max. 20 Stunden pro Woche sowie max. 4 Wochen pro Jahr als eingeschränkte Stellvertretung pro 100% Pensum tätig ist und, dass während der Vertretung die Fachliche Leitung oder deren Stellvertretung für Rücksprachen zur Verfügung steht.

Nachweis der Tätigkeit in einer öffentlichen Apotheke von mind. 6 Monaten in einem Pensum von 100 %

Nachweis der Tätigkeit in der Apotheke, für welche die Bewilligung erteilt wird, von mind. 3 Monaten in einem Pensum von 100 %

(Ein Nachweis muss zutreffen und belegt werden.)

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die eingeschränkte Stellvertreterbewilligung für Personen vorgesehen ist, welche sich in einer Weiterbildung zum FPH-Titel befinden.

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

Ort und Datum

Unterschrift/Stempel fachl. Leitung

Ort und Datum

Unterschrift Stellvertretung