Bundesinstitut
für Arzneimittel
und Medizinprodukte

Versand des Formulars bevorzugt elektronisch:
E-Mail: btm-nummernzuweisung@bfarm.de
Fax: 0228 – 99 307 3633
oder auf dem Postweg:
Bundesopiumstelle
Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 3
53175 Bonn

Anzeige einer Einzelapotheke zur Teilnahme am Betäubungsmittelverkehr

(gem. § 4 Abs. 3 BtMG)

Name und Privatanschrift der anzeigenden apothekenbetreibenden Person:

Name, ggf. Geburtsname _____ Vorname _____ Titel _____ Geburtsdatum / Ort _____

Straße, Hausnummer _____ Telefon-Nr. Privat _____

PLZ _____ Ort _____

zukünftige Angaben der Einzelapotheke:

BtM-Nummer **dieser** Apotheke _____

Name der Apotheke (korrekt lautend **entsprechend der Betriebserlaubnis**) _____

PLZ _____ Ort _____ Straße, Hausnummer _____

Telefon-Nummer _____ Fax-Nummer _____ E-Mail-Adresse _____

Anzeigegrund:
☐ Neugründung ☐ Betreiberwechsel ☐ Änderung der Rechtsform
☐ Änderung des Namens oder der Anschrift der Apotheke
☐ Änderung des Nachnamens oder der Privatanschrift der apothekenbetreibenden Person

Datum der Änderung _____

☐ In der Vergangenheit wurde/n **mir** für andere als die im Formular angegebene Apotheke bereits folgende BtM-Nummer/n zugeteilt:

☐ **Mir** wurde bisher keine BtM-Nr. zugeteilt.

Dieser Anzeige ist beigefügt:

☐ Eine Kopie der **neuen** Betriebserlaubnis*

☐ Die Kopie der **neuen** Betriebserlaubnis wird nachgereicht (Die Zuweisung der BtM-Nr. erfolgt allerdings erst nach vollständiger Einreichung der Unterlagen.)

Datum _____ Unterschrift der apothekenbetreibenden Person _____

*) oder eine schriftliche Bestätigung der nach § 19 BtMG zuständigen Landesbehörde über die weiterhin bestehende Gültigkeit der bisherigen Betriebserlaubnis.