



Kantonsapotheke

**Gesuch um Erteilung der Bewilligung zum
Umgang mit kontrollierten Substanzen (Betäubungsmittel)**

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte Formular
an die nebenstehende Adresse.

Dieses Formular richtet sich nur an Spitäler, wissenschaftliche Institute
sowie kantonale und kommunale Behörden des Kantons St.Gallen
(Art. 5 Abs. 1 Bst. b BetmKV, SR 812.121.1).

Kantonsapotheke
Heilmittelkontrolle
Oberer Graben 32
9001 St.Gallen

www.kantonsapotheke.sg.ch

Grund des Gesuchs

Ersterteilung per _____ Wechsel der verantwortlichen Person per _____

Erneuerung per _____ Adressänderung per _____

Andere Gründe _____

Angaben zum Betrieb (Bewilligungsinhaber/-inhaberin)

Name (gemäss Handelsregister, falls zutreffend) _____

Strasse Nr., PLZ Ort ¹ _____

Telefon _____ GLN _____

E-Mail _____

Betriebsleiter/-leiterin _____

Zweck der Bewilligung _____

Verantwortliche Person

Name, Vorname Titel _____

Geburtsdatum _____ Bürgerort bzw. Nationalität _____

Beruf _____

GLN (falls vorhanden) _____

Funktion im Betrieb _____

Berufsausübungsbewilligung des Kantons SG vom (falls vorhanden) _____

Einzureichende Unterlagen

- Strafregisterauszug der verantwortlichen Person (höchstens 6 Monate alt)
- Diplom des naturwissenschaftlichen Hochschulabschlusses oder des universitären Medizinalberufes der verantwortlichen Person in Kopie

Der/die Unterzeichnende bestätigt die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift (verantwortliche Person)

¹ Falls die Rechnungsadresse nicht identisch ist, bitte Anhang ausfüllen.

Anhang **Rechnungsadresse der Bewilligung**

Name _____

Strasse Nr. _____

PLZ Ort _____