



**Kantonsapotheke**

**Gesuch um Erteilung der Bewilligung zur  
Lagerung von Blut und Blutprodukten**

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte  
Formular an die nebenstehende Adresse

Kantonsapotheke  
Heilmittelkontrolle  
Oberer Graben 32  
9001 St.Gallen

[www.kantonsapotheke.sg.ch](http://www.kantonsapotheke.sg.ch)

**Grund des Gesuchs**

- Ersterteilung per \_\_\_\_\_  Erneuerung per \_\_\_\_\_  
 Adressänderung per \_\_\_\_\_  
 Wechsel der verantwortlichen Person für die Lagerung per \_\_\_\_\_  
 Wechsel der verantwortlichen Person für die Hämovigilanz per \_\_\_\_\_  
Andere Gründe \_\_\_\_\_

**Angaben zum Betrieb** (Bewilligungsinhaber/-inhaberin)

Name \_\_\_\_\_  
Strasse Nr., PLZ Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ GLN \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_  
Betriebsleiter/-leiterin \_\_\_\_\_  
Rechnungsadresse Falls nicht identisch mit der Betriebsadresse: Name, Strasse Nr., PLZ Ort  
Bewilligung \_\_\_\_\_

**Verantwortliche Person für die Lagerung von Blut und Blutprodukten**

Name, Vorname Titel \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Bürgerort bzw. Nationalität \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_  
Funktion im Betrieb \_\_\_\_\_  
Berufsausübungsbewilligung des Kantons St.Gallen vom \_\_\_\_\_

**Verantwortliche Person für die Hämovigilanz**

Name, Vorname Titel \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_  
Funktion im Betrieb \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (verantwortliche Person für die Lagerung)