

Name, Vorname

Ort

Datum

Anschrift

An den
Hochsauerlandkreis
Der Landrat
Arzneimittel- und Apothekenüberwachung
Steinstr. 27
59872 Meschede

Verlust-Erklärung

Angaben zur Person:

(Name, Vorname – ggf. Geburtsname)

(geb. am)

in

Ich zeige an, dass folgende Erlaubnisurkunde abhandengekommen ist:

Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung „Pharmazeutisch-technische Assistentin“

(Bezeichnung der Urkunde)

(Ausstellende Behörde)

(Ausstellungsdatum)

(Zeitpunkt des Verlustes)

Begründung zum Verlust der Urkunde:

Bei Verdacht auf Diebstahl oder eine andere strafbare Handlung:

Strafanzeige wurde erstattet bei: _____

Aktenzeichen (falls bekannt): _____

Ich erkläre, dass die genannte Erlaubnis nicht widerrufen wurde oder ein entsprechendes Verfahren gegen mich anhängig ist.

(Unterschrift)