



## SØKNAD OM DRIFTSKONSESJON TIL APOTEK

Søknaden sendes per post til:  
Statens legemiddelverk  
Postboks 63  
0901 Oslo

Telefon: 22 89 77 00  
Faks: 22 89 77 99  
e-post: apotek@legemiddelverket.no

Det forutsettes at søker benytter veileder til søknadsskjemaet, se [www.legemiddelverket.no](http://www.legemiddelverket.no).

For Statens legemiddelverks arkiv:

### 1 Opplysninger om søker

Navn

Adresse

Telefon

E-postadresse

### 2 Opplysninger om apoteket

Navn på apoteket

Apotek-ID

Kommune

Apotekkonsesjonær

Navn på eventuelle filialapotek:

Apotek-ID:

1

2

3

### 3 Driftskonsesjon til nyetablert apotek (gjelder også ved flytting)

Apotekets besøksadresse			
Postadresse			
Telefonnr.		Faksnr.	
E-postadresse			
Følgende må dokumenteres for nye apotekanlegg, se beskrivelse i veilederen.			
a	Detaljert tegning av apotekanlegget		
b	Beskrivelse av hvordan kravene til diskresjon er oppfylt		
c	Beskrivelse av hvordan apoteket er tilrettelagt for bevegelseshemmede:		
d	Oppgi navn på leieprodusent for magistrelle produkter dersom apoteket ikke har egenproduksjon:		

### 4 Dato for ikrafttredelse av driftskonsesjonen

Dato for åpning av nytt apotek / overtakelse av eksisterende apotek eller endring av driftskonsesjonen.	
---	--

### 5 Dokumentasjon som må vedlegges søknaden

Søker som er apoteker trenger ikke sende inn dokumentasjon

a	Dokumentasjon på at søker tilfredsstillers lovens krav til utdanning, jf apotekloven § 3-2 a)
b	Dokumentasjon av yrkespraksis, jf apotekloven § 3-2 b)
c	Norsk autorisasjon som provisorfarmasøyt, jf apotekloven § 3-2 c)
d	Politiattest, jf apotekloven § 3-2 d)

## 6 Andre opplysninger

## 7 Egenerklæring

- Jeg bekrefter med dette at jeg de siste fem år ikke
- er dømt for økonomisk forbrytelse med strafferamme på inntil 3 år eller mer
  - har eller har hatt et rusproblem

Ved underskrift av søknaden bekrefter jeg at opplysningene som er gitt er riktige

Sted / dato: ...../.....

Underskrift:.....

## 8 Bekreftelse fra apotekkonsesjonæren

Ved underskrift av søknaden bekrefter jeg at apoteket fyller krav som gjelder for apotekvirksomhet

Sted / dato: ...../.....

Underskrift:.....