

An den  
Kreis Mettmann  
Gesundheitsamt  
Düsseldorfer Straße 47  
40822 Mettmann

## Ärztliche Bescheinigung

Aufgrund der von mir durchgeführten Untersuchung wird hiermit bestätigt, dass

---

Name, Vorname

Geb.-Datum

---

Anschrift

nicht in gesundheitlicher Hinsicht ungeeignet ist, eine Apotheke ordnungsgemäß zu leiten

---

Ort, Datum

---

Stempel, Unterschrift