Anlage 5 – Kostenübernahmeerklärung (Apotheker)

(Stand: 02.11.2026)

Hiermit erkläre ich,

_____

(Name, Vorname)

1. Ich bin damit einverstanden, dass zur Prüfung der Gleichwertigkeit meines Ausbildungsstands ein Gutachten eingeholt wird. Die hierfür anfallenden Kosten trage ich entsprechend dem tatsächlich entstandenen Aufwand. Die Vergütung des Gutachters erfolgt in Anlehnung an die Vorschriften des Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetzes (JVEG).
2. Ich bin über das Verfahren der Gleichwertigkeitsprüfung sowie die Beauftragung eines Gutachtens informiert und mit der Durchführung des Verfahrens einverstanden.
3. Ich versichere, alle für die Gleichwertigkeitsprüfung erforderlichen Unterlagen (inkl. Nachweise über Berufserfahrung, Fortbildungen u.ä.) bereits eingereicht zu haben oder zusammen mit dieser Erklärung einzureichen.
4. Mir ist bekannt, dass sämtliche von mir eingereichten Unterlagen bei der Erstellung des Gutachtens berücksichtigt werden.
5. Mir ist bekannt, dass ich die bis zum Zeitpunkt einer Rücknahme des Antrags bereits entstandenen Gutachterkosten auch dann zu tragen habe, wenn ich meinen Antrag nach Beauftragung des Gutachtens zurücknehme.

_____ _____

Ort und Datum Unterschrift

Bitte per Post zurück an:

Regierungspräsidium Stuttgart

- Referat 98 -

Ruppmannstr. 21

70565 Stuttgart