

**Anzeige geänderter Öffnungszeiten aufgrund der Allgemeinverfügung vom 17. März 2020**

Name der Apotheke (Apothekenstempel)

Die Öffnungszeiten sind ab ..... (Datum) wie folgt:

Montag .....  
Dienstag .....  
Mittwoch .....  
Donnerstag .....  
Freitag .....  
Sonnabend .....

**Von diesen Öffnungszeiten sind die durch Dienstplan angeordneten Notdienste ausgenommen.**

.....

Datum und Unterschrift des/der Inhabers/in