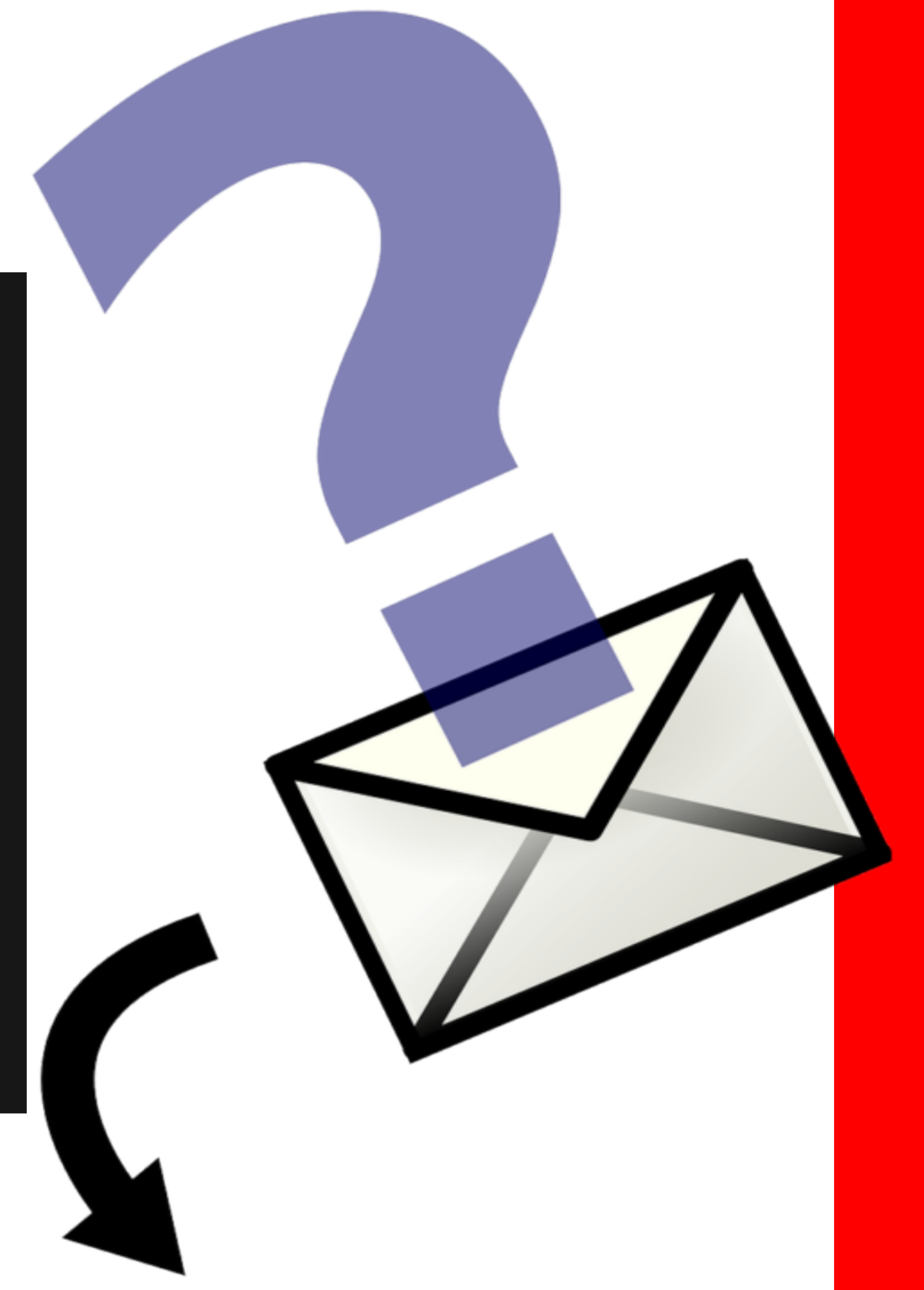


Bitte helfen Sie mit, Ihre Apotheke vor Ort zu retten!

Unterschreiben Sie bei uns für die Zukunft der öffentlichen Apotheke und gegen deren Abschaffung durch die Bundesregierung.



**An die
Bundesregierung
11044 Berlin**

**Parteien, die gegen
meine Apotheke vor Ort
entscheiden, wähle ich nicht.
Ändern Sie also
umgehend Ihre Haltung!**

Ort _____ Datum _____

Vorname, Nachname

Unterschrift

#ApothekenProtest #GegenDasApothekensterben