

## Anzeige nach § 2a der Bedarfsgegenstandsverordnung

Unternehmer, die Lebensmittelbedarfsgegenstände nach § 2 Abs. 6 Nr. 1 Lebensmittel- und Futtermittelgesetzbuch ([LFGB](#)) als Fertigerzeugnis herstellen, behandeln oder in den Verkehr bringen, haben dies spätestens bei Aufnahme der Tätigkeit der für den jeweiligen Betrieb zuständigen Behörde anzuzeigen<sup>1</sup>. Zuständige Behörden sind in Rheinland-Pfalz die für die Lebensmittelüberwachung zuständigen Kreis- und Stadtverwaltungen, in deren Zuständigkeitsbereich sich der Betrieb befindet.

Die Kontaktdaten der zuständigen Behörden können den folgenden Links entnommen werden:

[Kreisverwaltungen](#)

[Verwaltungen der kreisfreien Städte](#)

Hierbei ist folgende abweichende Zuständigkeit zu beachten:

| <i>Der örtliche Zuständigkeitsbereich der Kreisverwaltung</i> | <i>erstreckt sich auch auf das Gebiet der kreisfreien Stadt</i> |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Alzey-Worms                                                   | Worms                                                           |
| Bad Dürkheim                                                  | Neustadt an der Weinstraße                                      |
| Rhein-Pfalz-Kreis                                             | Frankenthal (Pfalz)                                             |
|                                                               | Speyer                                                          |
| Südliche Weinstraße                                           | Landau in der Pfalz                                             |
| Südwestpfalz                                                  | Pirmasens                                                       |
|                                                               | Zweibrücken                                                     |

Die Anzeigepflicht gilt nicht für Lebensmittelunternehmer, deren jeweiliger Betrieb bereits nach Artikel 6 Absatz 2 der Verordnung (EG) Nr. 852/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 über Lebensmittelhygiene<sup>2</sup> von der zuständigen Behörde registriert worden ist. Außerdem gilt die Ausnahme entsprechend für die in Artikel 1 Absatz 2 Buchstabe c der Verordnung (EG) Nr. 852/2004 aufgeführten Erzeuger. Dagegen stellt die Gewerbemeldung keinen Ersatz für die Anzeige dar.

Besteht ein Unternehmen aus mehreren Betriebsstätten, hat die Meldung **für jede Betriebsstätte gesondert** an die für den Standort zuständige Behörde zu erfolgen.

Abweichend davon ist bei Unternehmen mit mehreren Filialen und dem nachweislich **jeweils gleichen** Sortiment an Lebensmittelbedarfsgegenständen in den Filialen ein vereinfachtes Meldeverfahren möglich. In diesem Fall kann das Anzeigeformular zusammen mit einer Aufstellung der in Rheinland-Pfalz befindlichen Filialen in einer Sammel-E-Mail an die jeweils zuständigen Behörden übermittelt werden. Hierzu sind in der Aufstellung der Filialen die Postleitzahlen und die Kreise bzw. Städte zu ergänzen.

Unternehmer, die ihre Tätigkeit bereits vor dem 01.07.2024 aufgenommen haben, müssen die Anzeige bis zum 31.10.2024 übermitteln. Änderungen der Daten sind innerhalb von sechs Monaten nach Änderung mitzuteilen, sofern die Änderung dann noch besteht.

<sup>1</sup> Anzeigepflicht neu eingeführt ab dem 01.07.2024 durch die [Zweiundzwanzigste Verordnung zur Änderung der Bedarfsgegenstandsverordnung v. 03.04.2024 \(BGBl. 2024 I Nr. 114\)](#)

<sup>2</sup> ABl. L 139 vom 30.4.2004, S. 1; L 226 vom 25.6.2004, S. 3; L 46 vom 21.2.2008, S. 51; L 58 vom 3.3.2009, S. 3), zuletzt geändert durch die Verordnung (EU) 2021/382

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                   |                                         |                                    |                                                                           |                                            |                                     |                                      |                                  |                                      |                               |                                                 |                                |                                   |                               |                                    |                                                |                                                   |                                                  |                                 |  |                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------|--|-------------------------------|
| <b>Art der Meldung</b><br>(bitte ankreuzen)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Anmeldung                | <input type="checkbox"/> Aktualisierung | <input type="checkbox"/> Abmeldung |                                                                           |                                            |                                     |                                      |                                  |                                      |                               |                                                 |                                |                                   |                               |                                    |                                                |                                                   |                                                  |                                 |  |                               |
| <b>Bezeichnung und Anschrift der Betriebsstätte</b> (bitte ausfüllen)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                   |                                         |                                    |                                                                           |                                            |                                     |                                      |                                  |                                      |                               |                                                 |                                |                                   |                               |                                    |                                                |                                                   |                                                  |                                 |  |                               |
| Name:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                   |                                         |                                    |                                                                           |                                            |                                     |                                      |                                  |                                      |                               |                                                 |                                |                                   |                               |                                    |                                                |                                                   |                                                  |                                 |  |                               |
| PLZ:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                   | Ort:                                    |                                    |                                                                           |                                            |                                     |                                      |                                  |                                      |                               |                                                 |                                |                                   |                               |                                    |                                                |                                                   |                                                  |                                 |  |                               |
| Straße:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                   |                                         |                                    |                                                                           |                                            |                                     |                                      |                                  |                                      |                               |                                                 |                                |                                   |                               |                                    |                                                |                                                   |                                                  |                                 |  |                               |
| Rechtsform:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                   |                                         |                                    |                                                                           |                                            |                                     |                                      |                                  |                                      |                               |                                                 |                                |                                   |                               |                                    |                                                |                                                   |                                                  |                                 |  |                               |
| <b>Kontaktdaten des Unternehmers</b> (bitte ausfüllen)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                   |                                         |                                    |                                                                           |                                            |                                     |                                      |                                  |                                      |                               |                                                 |                                |                                   |                               |                                    |                                                |                                                   |                                                  |                                 |  |                               |
| Anrede:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                   |                                         |                                    |                                                                           |                                            |                                     |                                      |                                  |                                      |                               |                                                 |                                |                                   |                               |                                    |                                                |                                                   |                                                  |                                 |  |                               |
| Name:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                   | Vorname:                                |                                    |                                                                           |                                            |                                     |                                      |                                  |                                      |                               |                                                 |                                |                                   |                               |                                    |                                                |                                                   |                                                  |                                 |  |                               |
| PLZ:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                   | Ort:                                    |                                    |                                                                           |                                            |                                     |                                      |                                  |                                      |                               |                                                 |                                |                                   |                               |                                    |                                                |                                                   |                                                  |                                 |  |                               |
| Straße:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                   |                                         |                                    |                                                                           |                                            |                                     |                                      |                                  |                                      |                               |                                                 |                                |                                   |                               |                                    |                                                |                                                   |                                                  |                                 |  |                               |
| Telefon:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                   | Fax:                                    |                                    |                                                                           |                                            |                                     |                                      |                                  |                                      |                               |                                                 |                                |                                   |                               |                                    |                                                |                                                   |                                                  |                                 |  |                               |
| Handy:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                   | E-Mail:                                 |                                    |                                                                           |                                            |                                     |                                      |                                  |                                      |                               |                                                 |                                |                                   |                               |                                    |                                                |                                                   |                                                  |                                 |  |                               |
| <b>Betriebsart / Tätigkeit</b> (bitte ausfüllen z.B. Hersteller, Abpacker, Importeur, Inverkehrbringer – Einzelhändler / Großhändler, Fernabsatz (bitte Adresse des Internetshops angeben), Dienstleistungsbetrieb)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                   |                                         |                                    |                                                                           |                                            |                                     |                                      |                                  |                                      |                               |                                                 |                                |                                   |                               |                                    |                                                |                                                   |                                                  |                                 |  |                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                   |                                         |                                    |                                                                           |                                            |                                     |                                      |                                  |                                      |                               |                                                 |                                |                                   |                               |                                    |                                                |                                                   |                                                  |                                 |  |                               |
| <b>Angaben der Gruppe der Materialien und Gegenstände<sup>3</sup></b> , die den Hauptbestandteil der hergestellten, behandelten oder in den Verkehr gebrachten Lebensmittelbedarfsgegenstände darstellt (bitte ankreuzen, Mehrfachnennungen möglich)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                   |                                         |                                    |                                                                           |                                            |                                     |                                      |                                  |                                      |                               |                                                 |                                |                                   |                               |                                    |                                                |                                                   |                                                  |                                 |  |                               |
| <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Aktive u. intelligente Materialien &amp; Gegenstände</td> <td><input type="checkbox"/> Papier und Karton</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Klebstoffe</td> <td><input type="checkbox"/> Kunststoffe</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Keramik</td> <td><input type="checkbox"/> Druckfarben</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kork</td> <td><input type="checkbox"/> Regenerierte Cellulose</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Gummi</td> <td><input type="checkbox"/> Silikone</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Glas</td> <td><input type="checkbox"/> Textilien</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ionenaustauscherharze</td> <td><input type="checkbox"/> Lacke und Beschichtungen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Metalle und Legierungen</td> <td><input type="checkbox"/> Wachse</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Holz</td> </tr> </table> |                                                   |                                         |                                    | <input type="checkbox"/> Aktive u. intelligente Materialien & Gegenstände | <input type="checkbox"/> Papier und Karton | <input type="checkbox"/> Klebstoffe | <input type="checkbox"/> Kunststoffe | <input type="checkbox"/> Keramik | <input type="checkbox"/> Druckfarben | <input type="checkbox"/> Kork | <input type="checkbox"/> Regenerierte Cellulose | <input type="checkbox"/> Gummi | <input type="checkbox"/> Silikone | <input type="checkbox"/> Glas | <input type="checkbox"/> Textilien | <input type="checkbox"/> Ionenaustauscherharze | <input type="checkbox"/> Lacke und Beschichtungen | <input type="checkbox"/> Metalle und Legierungen | <input type="checkbox"/> Wachse |  | <input type="checkbox"/> Holz |
| <input type="checkbox"/> Aktive u. intelligente Materialien & Gegenstände                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Papier und Karton        |                                         |                                    |                                                                           |                                            |                                     |                                      |                                  |                                      |                               |                                                 |                                |                                   |                               |                                    |                                                |                                                   |                                                  |                                 |  |                               |
| <input type="checkbox"/> Klebstoffe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Kunststoffe              |                                         |                                    |                                                                           |                                            |                                     |                                      |                                  |                                      |                               |                                                 |                                |                                   |                               |                                    |                                                |                                                   |                                                  |                                 |  |                               |
| <input type="checkbox"/> Keramik                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Druckfarben              |                                         |                                    |                                                                           |                                            |                                     |                                      |                                  |                                      |                               |                                                 |                                |                                   |                               |                                    |                                                |                                                   |                                                  |                                 |  |                               |
| <input type="checkbox"/> Kork                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Regenerierte Cellulose   |                                         |                                    |                                                                           |                                            |                                     |                                      |                                  |                                      |                               |                                                 |                                |                                   |                               |                                    |                                                |                                                   |                                                  |                                 |  |                               |
| <input type="checkbox"/> Gummi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Silikone                 |                                         |                                    |                                                                           |                                            |                                     |                                      |                                  |                                      |                               |                                                 |                                |                                   |                               |                                    |                                                |                                                   |                                                  |                                 |  |                               |
| <input type="checkbox"/> Glas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Textilien                |                                         |                                    |                                                                           |                                            |                                     |                                      |                                  |                                      |                               |                                                 |                                |                                   |                               |                                    |                                                |                                                   |                                                  |                                 |  |                               |
| <input type="checkbox"/> Ionenaustauscherharze                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Lacke und Beschichtungen |                                         |                                    |                                                                           |                                            |                                     |                                      |                                  |                                      |                               |                                                 |                                |                                   |                               |                                    |                                                |                                                   |                                                  |                                 |  |                               |
| <input type="checkbox"/> Metalle und Legierungen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Wachse                   |                                         |                                    |                                                                           |                                            |                                     |                                      |                                  |                                      |                               |                                                 |                                |                                   |                               |                                    |                                                |                                                   |                                                  |                                 |  |                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Holz                     |                                         |                                    |                                                                           |                                            |                                     |                                      |                                  |                                      |                               |                                                 |                                |                                   |                               |                                    |                                                |                                                   |                                                  |                                 |  |                               |
| <b>Weitere Angaben zum Produktsortiment</b> (freiwillige Angabe)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                   |                                         |                                    |                                                                           |                                            |                                     |                                      |                                  |                                      |                               |                                                 |                                |                                   |                               |                                    |                                                |                                                   |                                                  |                                 |  |                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                   |                                         |                                    |                                                                           |                                            |                                     |                                      |                                  |                                      |                               |                                                 |                                |                                   |                               |                                    |                                                |                                                   |                                                  |                                 |  |                               |

<sup>3</sup> nach Anhang I der [Verordnung \(EG\) Nr. 1935/2004](#) des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. Oktober 2004 über Materialien und Gegenstände, die dazu bestimmt sind, mit Lebensmitteln in Berührung zu kommen und zur Aufhebung der Richtlinien 80/590/EWG und 89/109/EWG (ABl. L 338 vom 13.11.2004, S. 4), die zuletzt durch die Verordnung (EU) 2019/1381 (ABl. L 231 vom 6.9.2019, S. 1) geändert worden ist

**Unterschrift** (bitte ausfüllen)

Ich bestätige die Angaben der Meldung mit meiner Unterschrift.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Unternehmer