

Déclaration

Comme grossiste d'après la loi de médicament allemande action medeor est obligé de qualifier tous ses clients. Conformément aux bonnes pratiques de distribution en gros des médicaments (2013/C68/01) et au règlement commercial allemand de médicament (§6AMHV), action medeor peut livrer des médicaments seulement aux grossistes ou à des personnes étant autorisés à délivrer des médicaments au public.

**Nous vous prions de bien vouloir imprimer ce document après l'avoir rempli à l'ordinateur. Par la suite, tamponner le avec le tampon de votre organisation et signer le. Nous vous remercions ensuite de nous retourner ce document. Seulement après avoir reçu votre déclaration, nous pouvons organiser la livraison pour vous.
Merci !**

Organisation / institution

Nom :

Adresse complète :

Pays :

Site internet adresse :

Merci d'ajouter à ce document :

Autorisation de grossiste, Certificat de BPD (bonnes pratiques de distribution),

Autorisation de pharmacie et/ou

Preuve d'existence de votre organisation/institution

Autre information (rapport annuel ou autres)

Le cas échéant, preuve du statut non lucratif

Personne à contacter en cas d'urgence pour un problème de sécurité :

(Personne responsable, formation pharmaceutique ou médicale)

Nom :

Prénom :

Titre :

Profession :

Numéros de téléphone (fixe) :

Numéros de portable :

WhatsApp :

Adresse mail :

..... Continuer avec la page 2

Nous vous prions de préciser où et comment vous utilisez les médicaments :

- Les médicaments sont revendus
- Les médicaments sont distribués gratuitement dans le cadre de missions et de programmes d'aide humanitaire
- Les médicaments sont donnés aux patients traités dans mon organisation
- Autres :

Par la présente, le destinataire confirme à action medeor qu'il est autorisé ou habilité, conformément aux instructions légales et administratives de son pays, à commander et recevoir des médicaments pour le commerce en gros ou à les délivrer au public.

Date : Tampon / Signature :

Par la présente, le destinataire confirme qu'il informera action medeor

- de chaque modification concernant l'état légal ou administratif de son organisation / institution en relation avec le commerce des médicaments
- de chaque modification concernant la personne responsable.

Date : Tampon / Signature :

À remplir par action medeor :

- Demandé par (nom du contact principal chez action medeor) :
- Information reçue contrôlé par (nom du contact principal) :
- Client connu personnellement
- Donnés entrées dans Dynamics NAV par (nom du contact principal) :

Numéro de client attribué :

Numéro de débiteur attribué :

Accepté (personnes responsables d'action medeor) :

Dr. Irmgard Buchkremer-Ratzmann Christoph Bonsmann

- Débloqué sur Dynamics NAV (Nom et date) :