

Empfängererklärung

Als Großhändler im Sinne des deutschen Arzneimittelgesetzes sind wir verpflichtet, alle Empfänger zu qualifizieren. Nach der Europäischen Leitlinie zur Guten Vertriebspraxis (2013/C68/01) und der Deutschen Arzneimittelhandels-verordnung (§6AMHV) darf action medeor Arzneimittel nur an Großhändler oder an Personen die zur Abgabe von Arzneimitteln an die Öffentlichkeit ermächtigt sind, liefern.

Wir bitten Sie, dieses Dokument am PC auszufüllen und auszudrucken. Versehen Sie das Dokument dann mit dem Stempel Ihrer Organisation und Ihrer Unterschrift und senden Sie es an uns zurück. Erst nach Erhalt Ihrer Erklärung können wir die Lieferung an Sie veranlassen. Vielen Dank!

Organisation / Institution:

Name:

Vollständige Adresse:

Land:

Internetadresse:

Bitte fügen Sie für Ihre Institution/Verein/Organisation an:

Großhandelserlaubnis, GDP Zertifikat, Apothekenerlaubnis und/oder

Niederlassungsnachweis (Erlaubnisse, Lizenzen)

ggfs. weitere Informationen (Jahresberichte oder ähnliches)

ggfs. Nachweis über die Gemeinnützigkeit

Kontaktdetails für alle Sicherheitsfragen:

(Verantwortliche Person, pharmazeutische oder medizinische Ausbildung)

Name:

Vorname:

Titel:.....

Beruf:

Telefonnummer (Festnetz)

Telefonnummer (Mobilfunk).....

Whats App:

E-mail Adresse:

..... Weiter mit Seite 2

Bitte geben Sie an, wo und wie Sie die Medikamente verwenden:

- die Arzneimittel werden weiterverkauft
- die Arzneimittel werden im Rahmen von Humanitären Hilfseinsätzen und Programmen kostenlos abgegeben
- die Arzneimittel werden an Patienten in meiner Organisation abgegeben
- Sonstiges:

Der Empfänger bestätigt action medeor hiermit, dass er nach den anwendbaren Rechts- und Verwaltungsvorschriften seines Staates bzw. im Staat des Arzneimittelgebrauchs befugt ist, Arzneimittel zum Großhandel oder zur Abgabe an die Öffentlichkeit zu bestellen und zu erhalten.

Datum: Stempel / Unterschrift:

Der Empfänger bestätigt action medeor, dass er action medeor informiert

- über jede Änderung, die den gesetzlichen oder verwaltungstechnischen Status seiner Organisation / Institution bezüglich des Handels mit Arzneimitteln betrifft
- über jede Änderung der verantwortlichen Person

Datum: Stempel / Unterschrift:

Von action medeor auszufüllen:

- Angefragt von (Name des Kundenbetreuers):
- Angaben überprüft durch (Name des Kundenbetreuers):
- Kunde persönlich bekannt
- Dateneingabe in Dynamics NAV von (Name des Kundenbetreuers):
- Zugeordneter Mandant:
- Zugeordnete Debitorennummer:
- Genehmigt (Verantwortliche Personen):

Dr. Irmgard Buchkremer-Ratzmann Christoph Bonsmann
- Freigegeben in Dynamics NAV (Name und Datum):