

.....
(Firmenstempel)

Bestellung der verantwortlichen Person gem. § 52a Arzneimittelgesetz (AMG)
Zur Vorlage bei der
Bezirksregierung Münster

Hiermit bestellen wir Frau / Herrn¹
(Name/Vorname)

mit Wirkung vom zur verantwortlichen Person gem. § 52a AMG für unsere Betriebsstätte in:
.....
(Straße, PLZ-Ort)

Wir haben die notwendigen organisatorischen Vorkehrungen getroffen sowie die notwendigen Personal- und Sachmittel zur Verfügung gestellt, damit sie/er¹ ihren/seinen¹ arzneimittelrechtlichen Verpflichtungen ständig nachkommen kann.

....., den.....
(Ort) (Datum) (Vertretungsberechtigte/r)

Auszufüllen von der verantwortlichen Person gem. § 52a AMG

Name / Vorname:

Geburtsdatum und -ort:

Wohnanschrift:

Telefon:

Der o. g. Bestellung zur verantwortlichen Person gem. § 52a AMG für die Betriebsstätte

.....
stimme ich zu.

Die meinen Aufgaben zugrunde liegenden arzneimittelrechtlichen Bestimmungen, unter anderem die AM-HandelsV, die GDP-Leitlinie sowie das AMG, sind mir bekannt.

Ich bestätige hiermit, dass

- a) ich die für den ordnungsmäßigen Betrieb eines Großhandels geltenden Regelungen einhalten werde.
- b) kein gerichtliches Strafverfahren und staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren gegen mich anhängig ist
- c) ich der Bezirksregierung Münster unverzüglich mitteilen werden, wenn sich Änderungen bezüglich meiner Funktion als verantwortliche Person ergeben (geänderter Verantwortungsbereich, Ausscheiden aus dem Betrieb).

....., den
(Ort) (Datum) (Unterschrift)

¹Nicht Zutreffendes bitte streichen!