Anlage 1 zum Antrag

……..

(Firmenstempel)

Bestellung der Verantwortlichen Person gem. § 2 Abs. 1 der Betriebsverordnung für Arzneimittelgroßhandelsbetriebe

Hiermit bestelle/n ich/wir Frau/Herrn ……
mit Wirkung vom……zur Verantwortlichen Person für den Großhandel mit Arzneimitteln für die folgende Betriebsstätte:

……
(Straße, Plz, Ort)

Ich/Wir habe/n die notwendigen organisatorischen Vorkehrungen getroffen, damit sie/er ihren/ seinen arzneimittelrechtlichen Verpflichtungen nachkommen kann.

…… …… ……
Ort Datum Unterschrift(en)

Auszufüllen durch: Verantwortliche Person

Name, Vorname:……..

Wohnanschrift:……..

Der o. g. Bestellung zur Verantwortlichen Person stimme ich zu. Die meinen Aufgaben zugrunde liegenden arzneimittelrechtlichen Bestimmungen sind mir bekannt.
Ich bestätige hiermit, dass ich die erforderliche Zeit und Arbeitskraft aufbringen kann sowie dass mir die notwendigen Personal- und Sachmittel zur Verfügung stehen, um die mir obliegenden arzneimittelrechtlichen Verpflichtungen erfüllen zu können.

Ich erkläre hiermit, dass gegen mich kein Strafverfahren anhängig ist.

…… …… ……
Ort Datum Unterschrift