

.....  
(Firmenstempel)

(1. Teil: Auszufüllen durch Vertretungsberechtigten der Firma)

**Mitteilung gem. § 63a/74a AMG an das  
Landesamt für soziale Dienste  
Schleswig-Holstein (LAsD)  
- Arzneimittelüberwachung -**

Hiermit beauftragen wir Frau / Herrn<sup>1</sup> .....mit Wirkung  
(Name/Vorname)

vom ..... zum Stufenplanbeauftragten/Informationsbeauftragten<sup>1</sup> für unsere Be-

triebsstätte in .....  
(Straße, PLZ-Ort)

Wir haben die notwendigen organisatorischen Vorkehrungen getroffen, damit sie/er<sup>1</sup> ihren/seinen<sup>1</sup> arzneimittelrechtlichen Verpflichtungen nachkommen kann.

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

---

(2. Teil: Auszufüllen durch Stufenplanbeauftragten/Informationsbeauftragten)

Name / Vorname: .....

Wohnanschrift: .....

**Bestätigung zur Vorlage beim Landesamt für soziale Dienste  
Schleswig-Holstein (LAsD)  
- Arzneimittelüberwachung -**

Ich bin mit Wirkung vom .....

von der Firma .....

mit den Aufgaben des Stufenplanbeauftragten gemäß § 63 a AMG/  
des Informationsbeauftragten gemäß § 74 a AMG<sup>1</sup>

beauftragt worden.

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 bestätige außerdem, dass die notwendigen organisatorischen Vorkehrungen getroffen worden sind, damit mich die erforderlichen Informationen zur Erfüllung meiner Verpflichtungen unverzüglich erreichen.

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

---

<sup>1</sup> nicht Zutreffendes bitte streichen!