



(Firmenstempel)

(1. Teil: Auszufüllen durch Vertretungsberechtigten der Firma)

Bestellung des Stufenplanbeauftragten gem. § 63a AMG

Hiermit beauftragen wir Frau / Herrn mit Wirkung
Name/Vorname

vom zum Stufenplanbeauftragten für unsere Betriebsstätte in

.....
Straße, Plz, Ort

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

Sie/Er ist unter folgender Email-Adresse erreichbar

.....
Ort Datum Name, Unterschrift(en)
(des/der zur Vertretung der juristischen Person Berechtigten)

(2. Teil: Auszufüllen durch Stufenplanbeauftragten)

Name / Vorname:

Wohnanschrift:

Ich bin mit Wirkung vom.....

von der Firma

mit den Aufgaben des Stufenplanbeauftragten gemäß § 63 a AMG beauftragt worden.

Die meinen Aufgaben zugrundeliegenden 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.

Ein aktuelles Führungszeugnis der Belegart „O“ habe ich beantragt.

.....
Ort Datum Name, Unterschrift