

Bezugsberechtigung für Arzneimittel

Gemäß der Arzneimittel-Handelsverordnung (AM-HandelsV) und des Arzneimittelgesetzes (AMG) ist die praxis direkt GmbH dazu verpflichtet zu prüfen, ob unsere Kunden zum Bezug von Arzneimitteln berechtigt sind.

Hiermit bestätige/n ich/wir, dass ich/wir zum Bezug von Arzneimitteln berechtigt bin/sind und dass ich/wir Arzneimittel von praxis direkt beziehe/n in meiner/unserer Funktion als:

Funktion nach §47 AMG		Zutreffendes bitte ankreuzen
Apotheke	Kopie der Erlaubnis nach § 1 Abs. 2 oder § 14 Abs. 1 Apothekengesetz liegt bei.	
(Zahn-)Arzt, Kieferorthopäde, etc.	Kopie der Approbation oder Erlaubnis zur Ausübung des Arztberufes (Arztausweis) liegt bei.	
Sonstige Verbraucher	Gewerbenachweis liegt bei.	

Weiterhin bestätigt der Empfänger, dass er die praxis direkt GmbH über jede Änderung, die den gesetzlichen oder verwaltungstechnischen Status seiner Organisation bezüglich des Handels mit Arzneimitteln betrifft, informiert.

Bitte vollständig und gut lesbar in Blockschrift ausfüllen:

Firma, Praxis, Apotheke: _____

Vorname, Name: _____

Adresse: _____

Kundennummer: _____

Datum

Unterschrift/Firmenstempel