

(Auszufüllen durch den Inhaber der Apothekenbetriebslaubnis)

Apothekenstempel

**Bestellung der verantwortlichen Person gemäß § 52a Abs. 2 Ziffer 3
Arzneimittelgesetz (AMG)**

Hiermit bestelle ich _____

Mit Wirkung vom _____ zur verantwortlichen Person für die

Ich habe die notwendigen organisatorischen Vorkehrungen getroffen, damit _____

_____ ihren arzneimittelrechtlichen Verpflichtungen nachkommen

kann.

Ort, Datum

Unterschrift

(Auszufüllen durch die verantwortliche Person)

Nachname, Vorname: _____

Anschrift: _____

**Bestellung der verantwortlichen Person gemäß § 52a Abs. 2 Ziffer 3
Arzneimittelgesetz (AMG)**

Der 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.

Ort, Datum

Unterschrift