

Schriftliche Erklärung des Arzneimittelvermittlers

Als Arzneimittelvermittler verpflichte ich mich, die gemäß § 9 Arzneimittelhandelsverordnung (AM-HandelsV) geltenden Regelungen¹ für die ordnungsgemäße Durchführung der Arzneimittelvermittlung einzuhalten.

Name, Vorname

Ort, Datum

Unterschrift / el. Signatur Arzneimittelvermittler

Hinweise:

Im Rahmen der Anzeige erheben und verarbeiten wir personenbezogene Daten. Nähere Informationen zum Schutz Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie allgemein gesammelt im Internet unter [Datenschutzerklärungen](#) und im Einzelnen für [Arzneimittel- und Apothekenwesen](#) in den angegebenen Links.

Aus Lesbarkeitsgründen wird auf das Gendern verzichtet. Die gebrauchten, männlichen Formen sind ausdrücklich auf alle Geschlechter zu beziehen.

¹ Insbesondere:

- § 1a AM-HandelsV (Betrieb eines Qualitätsmanagementsystems) inkl. Einhaltung relevanter Vorgaben aus der EU-Leitlinie für die Gute Vertriebspraxis (GDP-Leitlinien) in der jeweils aktuellen Fassung
- § 7 Abs. 1, 3 u. 4 AM-HandelsV (Dokumentationspflichten)
- Einhaltung der Vorgaben aus § 9 Abs. 2 AM-HandelsV