

---

 (Firmenstempel)

**Bestellung der Verantwortlichen Person gemäß § 2 Abs. 1  
der Verordnung über den Großhandel und die Arzneimittelvermittlung**

Hiermit bestelle/n ich/wir Frau/Herrn \_\_\_\_\_

mit Wirkung vom \_\_\_\_\_ zur Verantwortlichen Person für die Betriebsstätte  
in \_\_\_\_\_

---

 (Straße, PLZ, Ort)

Ich/Wir habe/n die notwendigen organisatorischen Vorkehrungen getroffen, damit sie/er ihren arzneimittelrechtlichen Verpflichtungen nachkommen kann.

---

 Ort, Datum

---

 Unterschrift

---

 Auszufüllen durch: Verantwortliche Person

Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

**Bestellung der Verantwortlichen Person gemäß § 2 Abs. 1  
der Verordnung über den Großhandel und die Arzneimittelvermittlung**

Der o.g. 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.

Ich erkläre, dass gegen mich kein Strafverfahren anhängig ist.

---

 Ort, Datum

---

 Unterschrift