

.....
(Firmenstempel)

**Bestellung der verantwortlichen Person gem. § 20b Arzneimittelgesetz (AMG) /
ärztlichen Person gem. § 8d Abs. 1 Satz 1 Transplantationsgesetz (TPG)**

Zur Vorlage bei der

Bezirksregierung

Hiermit bestellen wir Frau / Herrn¹
(Name/Vorname)

mit Wirkung vom

zur verantwortlichen Person gem. § 20b Abs. 1 Nr. 1 AMG

zur ärztlichen Person gem. § 8d Abs. 1 Satz 1 TPG für unsere Betriebsstätte:

.....
(Straße, PLZ-Ort)

Wir haben die notwendigen organisatorischen Vorkehrungen getroffen sowie die notwendigen Personal- und Sachmittel zur Verfügung gestellt, damit sie/er¹ ihren/seinen¹ arzneimittelrechtlichen / transplantationsrechtlichen Verpflichtungen ständig nachkommen kann.

....., den.....
(Ort) (Datum) (Vertretungsberechtigte/r, Vor- und Zuname)

.....
(Vertretungsberechtigte/r, Unterschrift)

Auszufüllen von der benannten Person

Name / Vorname:

Geburtsdatum und -ort:

Wohnanschrift:

Der o.g. Bestellung zur verantwortlichen Person gem. § 20b Abs. 1 Nr. 1 AMG und/oder ärztlichen Person gem. § 8d Abs. 1 Satz 1 TPG für die oben genannte Betriebsstätte stimme ich zu.

Die meinen Aufgaben zugrunde liegenden arzneimittelrechtlichen Bestimmungen sind mir bekannt.

Ich bestätige hiermit, dass ich der Bezirksregierung unverzüglich mitteilen werde, wenn sich Änderungen bezüglich meiner Funktion ergeben (geänderter Verantwortungsbereich, Ausscheiden aus dem Betrieb). Weiterhin bestätige ich, dass kein gerichtliches Strafverfahren und staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren gegen mich anhängig ist

....., den.....
(Ort) (Datum) (Unterschrift)

¹Nicht Zutreffendes bitte streichen!