



Formular A

.....
(Firmenstempel)

**Bestellung der verantwortlichen Person nach § 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 nach § 20b Abs. 1 Nr. 1 AMG

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

.....
(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)

Auszufüllen von der benannten Person

Name / Vorname:

Geburtsdatum und -ort:

Wohnanschrift:

1

Der o.g. Bestellung zur verantwortlichen Person nach § 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

- a) Kein Strafverfahren gegen mich anhängig ist
- b) ich der Bezirksregierung
unverzüglich mitteilen werde, wenn sich Änderungen bezüglich meiner Funktion ergeben
(geänderter Verantwortungsbereich, Ausscheiden aus dem Betrieb).

.....den
(Ort) (Datum)

.....
(Unterschrift)

¹Nicht Zutreffendes bitte streichen!