

# Declaración

Como mayorista, en el sentido de la ley de mercado farmacéutico alemana, action medeor está obligado a cualificar todos cosignatarios. Según las directrices europeas de las prácticas correctas de distribución (2013/C68/01) y la normativa farmacéutica alemana (§6AMHV) action medeor debe asegurarse de que proporciona medicamentos exclusivamente a distribuidores al por mayor o a mayoristas que estén autorizadas o facultadas para dispensar medicamentos al público.

**Por favor complete este archivo y después imprima el documento. Además le rogamos que selle el documento, firmelo y reenvíelo a nosotros. Sólo después de recibir su declaración, podemos organizar la entrega a usted.  
¡Muchas gracias!**

## Organización / Institución

Nombre: .....

Dirección completa: .....

País: .....

Página web:.....

Por favor, adjunte para su organización:

- Autorización de distribución al por mayor, Certificado de prácticas correctas de distribución, Licencia de farmacia y/o
- Certificado de la organización (Permisos, licencias)
- cuando proceda Información adicional (informe anual u otro)
- cuando proceda Prueba de la utilidad pública

## Detalles de contacto para cualquier asunto de seguridad:

*(Persona responsable, formación farmacéutica o médica)*

Apellido: .....

Nombre: .....

Título:.....

Profesión: .....

Números de teléfono (fijo): .....

Números de teléfono (móvil): .....

Whats App: .....

Dirección de correo electrónico: .....

..... *Continúa en la página 2*

Por favor indíque dónde y cómo utiliza los medicamentos:

- los medicamentos se revenden
- los medicamentos se distribuyen gratuitamente en el marco de misiones y programas de ayuda humanitaria
- los medicamentos se administran a los pacientes en mi organización
- Otros: .....

Por lo presente el consignatario confirme a action medeor que cumple todas las condiciones establecidas por la legislación y que es titular de una autorización de distribución al por mayor o que esté autorizada o facultada para dispensar medicamentos al público.

Fecha: ..... Sello / Firma: .....

El consignatario confirme a action medeor que informará a action medeor

- sobre cada cambio del estatus administrativo y legal de su organización / institución en referencia a la distribución de medicamentos
- sobre cada cambio de la persona responsable

Fecha: ..... Sello / Firma: .....

<p><i>Para ser rellenado por action medeor:</i></p> <p><input type="checkbox"/> Solicitado por (nombre del contacto principal en action medeor): .....</p> <p><input type="checkbox"/> Información proporcionada verificada por (contacto principal): .....</p> <p><input type="checkbox"/> Cliente se conoce personalmente</p> <p><input type="checkbox"/> Entrada de datos en Dynamics NAV por (contacto principal): .....</p> <p>Cliente asignado: .....</p> <p>Número de deudor asignado: .....</p> <p>Aceptado (personas responsables de action medeor):</p> <p><i>Dr. Irmgard Buchkremer-Ratzmann ..... Christoph Bonsmann</i></p> <p><input type="checkbox"/> Publicado en Dynamics NAV (nombre y fecha): .....</p>
--