

Nachweis zur Arzneimittelbezugsberechtigung



Sehr geehrte Zahnärztin,
Sehr geehrter Zahnarzt,

Aufgrund der Gesetzeslage dürfen wir als pharmazeutischer Großhändler Ihre Praxis nur mit Arzneimitteln beliefern, die ausschließlich in der Zahnheilkunde zur Behandlung am Patienten angewendet werden. Dies ist in § 47 Abs. 1, Nr. 7 des Arzneimittelgesetzes so festgelegt wie auch dass die Abgabe nur an zur Ausübung der Zahnheilkunde berechnigte Personen erfolgen darf. Um Sie mit Arzneimitteln beliefern zu können, sind wir daher verpflichtet, uns zuvor einen entsprechenden Nachweis einzuholen und diesen zu dokumentieren.

Wir wären Ihnen daher dankbar, wenn Sie uns dieses Formular ausgefüllt, versehen mit Ihrem Praxisstempel, (und falls möglich mit einer Kopie Ihres Zahnarztausweises oder Approbationsurkunde) über E-Mail: Bestellung@pluradent.de oder Fax: 0800/8298333 zukommen lassen würden.

Herzlichen Dank!



JUJXUref p



Kundennummer

Telefonnummer:

Praxisname

Ggf. Internet-Adresse

Straße, Hausnummer

PLZ/Ort

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich im Besitz einer gültigen Approbation als Zahnarzt / Zahnärztin bin und in der oben genannten Zahnarztpraxis tätig bin.

Ort & Datum

Name (Druckbuchstaben)

Unterschrift

Adress-Stempel

Wenn Sie uns das ausgefüllte Formular und die erforderlichen Nachweise per Email oder Fax zurücksenden, erfolgt die Freischaltung spätestens am nächsten Werktag:

- E-Mail: Bestellung@pluradent.de
- Fax: 0800/8298333

FKd--PD-QM-07.01.2022 / ID: 10664