

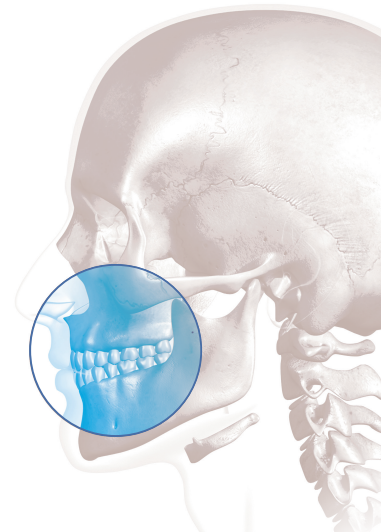
# Fragebogen **Kundenqualifikation**

gemäß Arzneimittelgesetz - AMG §47 Vertriebsweg /AM-HandelsV/ GDP-LL



## Bestellerdaten (Vertragspartner/Leistungsempfänger):

Unternehmensname inkl. Rechtsform:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:



Der Vertrieb von Arzneimitteln ist nach §47 AMG nur für bestimmte Einrichtungen vorgesehen. Bitte zutreffendes auswählen, kennzeichnen und entsprechende Kopie beifügen!

**(Bei fehlendem Nachweis kann keine Bestellung ausgeführt werden!)**

Einrichtung/ Kunde	Nachweis	Auswahl
Krankenhaus/Klinik	Kopie Zulassung Krankenhaus (Betriebserlaubnis)	
Apotheke	Kopie Zulassung Apotheke (Betriebserlaubnis)	
Großhändler	Kopie Großhandelserlaubnis gem. §52a AMG	
Arztpraxis	Kopie Approbationsurkunde des Arztes	

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit aller angegebenen Daten und erkläre mich damit einverstanden, die Argon Dental über jegliche Veränderungen unaufgefordert in Kenntnis zu setzen.

\_\_\_\_\_  
(Name/Position)

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

\_\_\_\_\_  
(Stempel)

**Bitte per Fax an +49 6721-309629 oder per Mail an [kundenqualifizierung@argon-dental.de](mailto:kundenqualifizierung@argon-dental.de) senden!**

Die Argon Dental Vertriebs GmbH & Co. KG verpflichtet sich, die Anforderungen der Datenschutzgrundverordnung einzuhalten und verweist zusätzlich auf ihre AGBs unter [www.argon-dental.de](http://www.argon-dental.de)

(Bei Rückfragen zum Thema Datenschutz wenden Sie sich an unseren Datenschutzbeauftragten: Tel.: +49 6721/30960)