

# BESTELLUNG

## § 73 Abs. 3 AMG

CARE COMPETENCE GmbH  
Henstedter Str. 1  
24558 Wakendorf II

PER FAX 04535 – 29 770 29

Absender:

*bitte Apothekenstempel verwenden*

Datum: \_\_\_\_\_

Hiermit bestellen wir folgende in Deutschland nicht zugelassene Arzneimittel gem. §73, 3 AMG:

MENGE	ARZNEIMITTEL	STÄRKE	DRF	PREIS (EUR)

**Bemerkungen:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Angaben zur bestellenden Apotheke:**

Apotheke: \_\_\_\_\_

KD.-Nr. (falls bekannt): \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Arzneimittel, die für den Einzelimport beschafft werden, sind von der Rückgabe ausgeschlossen. Die Anforderungen des § 73, Abs. 3 AMG für die Bestellung von in Deutschland nicht zugelassenen Arzneimitteln auf dem Wege des Einzelimports sind mir bekannt.

Ort / Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_