



Formular C

(Firmenstempel)

**Bestellung der/des Stufenplanbeauftragten gem. § 63a Arzneimittelgesetz (AMG)**

Zur Vorlage beim

**Landesamt für Natur, Umwelt und Verbraucherschutz NRW**

**Ausfüllen vom Antragsteller:**

Hiermit bestellen wir Frau / Herrn<sup>1</sup>.....  
(Name, Vorname)

mit Wirkung vom .....zur/zum Stufenplanbeauftragten gem. § 63a AMG für unser Unternehmen:  
.....  
(Firma, Straße, PLZ, Ort)

Wir haben die notwendigen organisatorischen Vorkehrungen getroffen sowie die notwendigen Personal- und Sachmittel zur Verfügung gestellt, damit sie/ er<sup>1</sup> ihren/ seinen<sup>1</sup> arzneimittelrechtlichen Verpflichtungen ständig nachkommen kann.

.....,den.....  
(Ort) (Datum) (Unterschrift Vertretungsberechtigte/r)

---

**Ausfüllen von der/ dem Stufenplanbeauftragte/ n:**

Name, Vorname: .....  
Geburtsdatum und -ort:.....  
Wohnanschrift: .....  
Telefon-/ Faxnummer: .....  
E-Mail-Adresse: .....

Der Bestellung zur/ zum Stufenplanbeauftragten gem. § 63a AMG für die Betriebsstätte  
..... stimme ich zu.

Die meinen Aufgaben zugrunde liegenden arzneimittelrechtlichen Bestimmungen sind mir bekannt.

Ich bestätige hiermit, dass

- a) ich die erforderliche Zeit und Arbeitskraft aufbringen kann, um die mir obliegenden arzneimittelrechtlichen Verpflichtungen ständig erfüllen zu können,
- b) kein Strafverfahren gegen mich anhängig ist,
- c) ich dem LANUV Recklinghausen unverzüglich mitteilen werde, wenn sich Änderungen bezüglich meiner Funktion als Stufenplanbeauftragte(r) ergeben (z. B. geänderter Verantwortungsbereich, Ausscheiden aus dem Unternehmen).

.....,den.....  
(Ort) (Datum) (Unterschrift Stufenplanbeauftragte/r)

<sup>1</sup>Nicht Zutreffendes bitte streichen!