



FLEISCHHACKER

Bescheinigung zur Einhaltung des Vertriebsweges nach § 47 Arzneimittelgesetz

zur Lieferung von Infusionslösungen in Behältnissen mit mindestens 500 ml, die zum Ersatz oder zur Korrektur von Körperflüssigkeiten bestimmt sind.

Organisation/Einrichtung _____

- 1.) Ich bestätige, dass die von der Firma Fleischhacker GmbH & Co.KG gelieferten Arzneimittel nur und ausschließlich für den eigenen Bedarf und nur im Rahmen der satzungsmäßigen Aufgaben bezogen werden.
- 2.) Die in Anlage aufgeführten Dienststellen unterliegen meiner fachlichen Leitung.

Ärztliche Legitimation der Bestellungen, gültig bis auf Widerruf.

Vorname und Name des Arztes: _____

Ort/Datum: _____

Unterschrift des Arztes: _____

Fleischhacker GmbH & Co. KG
An der Silberkuhle 18
D 58239 Schwerte
AG Hagen HRA 3881

Vertreten durch
Fleischhacker GmbH
Firmensitz Schwerte
AG Hagen HRB 4987
Geschäftsführer Lutz Fleischhacker

T +49 (0)2304 931 0
F +49 (0)2304 931199
info@fleischhacker.biz
fleischhacker.biz

Stadtsparkasse Schwerte
Konto 25 908
BLZ 441 524 90
SWIFT WELA DE 3 D

Commerzbank Schwerte
Konto 2 450 302
BLZ 440 400 37
SWIFT COBA DE FF 440

Erfüllungsort und Gerichtsstand
gemäß § 38 ZPO ist Schwerte