Vernichtungserklärung

WiSMa Kundennummer:

E-Mail: retouren@wisma-gmbh.de

Firma/Ansprechpartner	**Telefonnummer**

Vernichtete Produkte:

Art-Nr.	**Bezeichnung**	**Menge**	**Haltbarkeit**	**Charge**	**LFS/RE-Nummer**

Angaben zur Vernichtung

Datum und Ort der Vernichtung: _____

Art / Verfahren der Vernichtung: _____

Durchgeführt durch / Entsorgungsunternehmen: _____

Vernichtungsnachweis / Belegnummer, falls vorhanden: _____

Bestätigung des Kunden

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die oben aufgeführten Produkte in den angegebenen Mengen vollständig und fachgerecht gemäß den geltenden und produktspezifischen Entsorgungsvorgaben vernichtet wurden.

Mir ist bekannt, dass die zur Vernichtung bestimmten Produkte nicht weiterveräußert, verschenkt, anderweitig zur Verwendung weitergegeben oder erneut verwendet werden dürfen. Ich bestätige, dass dies seit ihrer Bestimmung zur Vernichtung nicht erfolgt ist. Die Übergabe an einen Entsorger ausschließlich zur Vernichtung bleibt hiervon unberührt.

Bei Arzneimitteln sind die Hinweise der Packungsbeilage und besondere Entsorgungsvorschriften zu beachten. Keine Entsorgung über Toilette, Waschbecken oder sonstiges Abwasser. Bei Beauftragung eines Entsorgers erst nach bestätigter Vernichtung unterschreiben. Erforderliche besondere Nachweise, etwa bei Betäubungsmitteln, werden durch dieses Formular nicht ersetzt.

Ort und Datum: _____**Name / Funktion:** _____

Unterschrift / ggf. Firmenstempel: _____

Durch WiSMa auszufüllen:

Sichtvermerk der verantwortlichen Person für den Arzneimittelgroßhandel gemäß § 52a AMG

Nur auszufüllen, sofern sich der Vorgang auf Arzneimittel bezieht.

Die Angaben des Kunden wurden durch die für den Arzneimittelgroßhandel verantwortliche Person zur Kenntnis genommen und im Rahmen ihrer Zuständigkeit geprüft.

Name: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____