Notfallbelieferung gemäß §17 ApBetrO

Anfordernder:

Name	Berufsbezeichnung
Telefonnummer	Institution
Lieferadresse	
Ansprechpartner	Telefonnummer

Im Rahmen einer Hilfeleistung im Notfall bitten wir um die Lieferung von:

Arzneimittel	Menge	Charge
Arzneimittel	Menge	Charge
Arzneimittel	Menge	Charge

Kosten:

Dem Anfordernden werden folgende Kosten in Rechnung gestellt:

1. die **Kosten der Arzneimittel** in Höhe des APU plus MwSt. sowie
2. eine **Aufwandsentschädigung** in Höhe von 50 EUR zzgl. MwSt. (während der Öffnungszeit der Apotheke) und 125,00 EUR zzgl. MwSt. (im Rahmen der Rufbereitschaft) – *ausgenommen der Belieferung aus dem Notfalldepot der Apothekerkammer MV*

Es erfolgt **keine Rücknahme** der abgegebenen Ware!

Der **Transport der Ware wird vom Anfordernden** organisiert

Datum und Uhrzeit: .....

Unterschrift des Anfordernden: .....

Namensstempel / Apothekenstempel:

Datum und Uhrzeit: .....

Unterschrift des Transporteurs: .....

Abgabe und Buchung erfolgt am: ..... Buchungsnummer: .....

Rechnung gestellt am: ..... Rechnungsnummer: .....

Name und Unterschrift: .....