

## Anforderung einer Notfallbelieferung (gemäß §17 ApBetrO)

 Kapitel: 7.7.3  
 Nexus Dok. Nr.: XXXXX  
 Version: 2.0  
 Gültigkeitsdatum: 01.11.2023

### 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

**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: .....