

---

(Absender)

Hessisches Landesamt für  
Gesundheit und Pflege  
Postfach 2913  
65019 Wiesbaden

E-Mail: [pharmazie@hlfgp.hessen.de](mailto:pharmazie@hlfgp.hessen.de)  
Telefax: 0611 32759 1999

### Anzeige Arzneimittelvermittlung

Hiermit zeige ich gemäß § 67 Absatz 1 Satz 1 Arzneimittelgesetz (AMG) an, dass ich Arzneimittelvermittlung im Sinne des § 52 c AMG betreibe.

Dazu mache ich folgende Angaben:

1. konkrete Beschreibung der Tätigkeit, die als Arzneimittelvermittlung ausgeführt werden soll	
2. Name und Anschrift der Unternehmer, für die ich tätig werden	ggf. Zusatzblatt verwenden
3. Ich bin selbständig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Eine Kopie meiner Gewerbeanmeldung  habe ich als Anlage beigefügt.

reiche ich bis zum \_\_\_\_\_ nach.

Die Regelung des § 146 Absatz 9 AMG ist mir bekannt.<sup>1</sup>

---

Ort

Datum

Unterschrift

**Bitte nutzen Sie vorzugsweise die Wege der elektronischen Kommunikation, da wir eAktenführend sind.**

---

<sup>1</sup> Wer am 2. Januar 2013 eine Tätigkeit als Arzneimittelvermittler befugt ausübt und seine Tätigkeit bei der zuständigen Behörde bis zum 2. Mai 2013 anzeigt, darf diese Tätigkeit bis zur Entscheidung über die Registrierung nach § 52 c AMG weiter ausüben.