

*Kundennummer:*

*Praxisname:*

*Praxisadresse:*

Sehr geehrte Damen und Herren,

um die Belieferung mit apothekenpflichtigen und/oder verschreibungspflichtigen medizinischen Gasen gemäß den gesetzlichen Vorgaben (§ 47 AMG) ordnungsgemäß durchzuführen, benötigen wir von Ihnen einen Nachweis Ihrer Bezugsberechtigung.

Bitte senden Sie uns dazu die nachfolgende Bestätigung unterzeichnet zurück und legen Sie Ihre Approbationsurkunde, Ihren Arztausweis oder einen anderen geeigneten Nachweis bei.

Hiermit bestätige ich, ....., die medizinischen Gase aufgrund meiner beruflichen Eignung für die dafür vorgesehenen Zwecke beziehen zu dürfen und entsprechend der Indikation einzusetzen.

---

Ort, Datum

---

Stempel, Unterschrift