




Erlaubnis zum Großhandel mit Arzneimitteln

- | | |
|---|--|
| 1. Nummer der Erlaubnis | DE_BY_04_WDA_2019/ROB-55Ph-2677.Ph_2-229-12-6 |
| 2. Name der Erlaubnisinhaberin/des Erlaubnisinhabers | Omnicare Pharma GmbH |
| 3. Eingetragene Anschrift der Erlaubnisinhaberin/des Erlaubnisinhabers | Feringastr. 7
85774 Unterföhring |
| 4. Anschrift/en der Betriebsstätte/n der Erlaubnisinhaberin/des Erlaubnisinhabers
<i>(Sämtliche Betriebsstätten sollten aufgeführt werden, sofern diese nicht durch separate Erlaubnisse abgedeckt sind)</i> | Feringastr. 7
85774 Unterföhring |
| 5. Umfang der Erlaubnis
<i>(Bitte für jede unter Nr. 4 aufgeführte Betriebsstätte angeben)</i> | s. Anlage 1 |
| 6. Rechtsgrundlage der Erlaubniserteilung | § 52 a Absatz 1 des Gesetzes über den Verkehr mit Arzneimitteln (<i>Arzneimittelgesetz - AMG</i>) in gültiger Fassung |
| 7. Name der verantwortlichen Bearbeiterin/des verantwortlichen Bearbeiters der zuständigen Behörde des Mitgliedsstaates, welcher die Erlaubnis erteilt | Lisa Köhnlein |
| 8. Unterschrift |  |
| 9. Datum | 18.06.2019 |
| 10. Beigefügte Anlagen | <input checked="" type="checkbox"/> Anlage 1 Umfang der Erlaubnis
<input checked="" type="checkbox"/> Anlage 2 Anschrift/en und Erlaubnisnummer/n der Betriebsstätte/n beauftragter Großhändler
<input checked="" type="checkbox"/> Anlage 3 Name(n) der verantwortlichen Person(en)
<input type="checkbox"/> Anlage 4 Datum der Inspektion, auf deren Grundlage die Erlaubnis erteilt wurde
<input type="checkbox"/> Anlage 5 Weitere Regelungen, basierend auf nationalen Rechtsvorschriften |

Umfang der Erlaubnis (Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen)

Name und Anschrift der Betriebsstätte:

Name der Betriebsstätte

Omnicare Pharma GmbH

Straße, Haus-Nr.

Feringastr. 7

Postleitzahl, Ort

85774 Unterföhring

Arzneimittel

- Humanarzneimittel Tierarzneimittel
- 1.1 mit Erlaubnis zum Inverkehrbringen in einem Staat des Europäischen Wirtschaftsraumes
- 1.2 ohne Erlaubnis zum Inverkehrbringen in einem Staat des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR), die im EWR in Verkehr gebracht werden (*Befreiung von der Pflicht zur Zulassung*)¹
- 1.3 ohne Genehmigung zum Inverkehrbringen in einem Staat des Europäischen Wirtschaftsraumes, die **nicht** im EWR in Verkehr gebracht werden (*Arzneimittel für Drittländer*)

Erlaubte Tätigkeiten

- 2.1 Beschaffung
- 2.2 Lagerung
- 2.3 Lieferung (*Abgabe*)
- 2.4 Ausfuhr
- 2.5 Andere Aktivitäten: (*bitte benennen*)

Arzneimittel mit besonderen Anforderungen

- 3.1 Arzneimittel entsprechend Art. 83 der Richtlinie 2001/83/EG²
- Arzneimittel entsprechend Art. 67 der Richtlinie 2001/82/EG
- 3.1.1 Narkotika oder psychotrope Stoffe
- 3.1.2 Arzneimittel aus Blut
- 3.1.3 immunologische Arzneimittel
- 3.1.4 radioaktive Arzneimittel (*einschließlich Radionuklidkits*)
- 3.2 Medizinische Gase
- 3.3 Kühlkettenpflichtige Arzneimittel (*Lagerung und Transport bei niedrigen Temperaturen*)
- 3.4 Andere Aktivitäten: (*bitte benennen oder auf den Anhang 5 verweisen*)

Einschränkungen oder Klarstellungen bezüglich des Umfangs der Erlaubnis (*Öffentlich zugänglich*)

zu 2.2: Lagerung erfolgt durch die Med-X-Press GmbH (s. Anlage 2)

¹ Art. 5 der Richtlinie 2001/83/EG oder Art. 83 der Verordnung 726/2004/EG² Unbeschadet weiterer Erlaubnisse aufgrund nationaler Vorschriften

Anlage 2

Erlaubnis zum Großhandel mit Arzneimitteln

Anschrift/en und Erlaubnisnummer/n der Betriebsstätte/n beauftragter Großhändler

Name der Betriebsstätte Med-X-Press GmbH	Erlaubnisnummer DE_NI_01_WDA_2019_0001
Straße, Haus-Nr. Pracherstieg 1	Postleitzahl, Ort 38644 Goslar
Name der Betriebsstätte Med-X-Press GmbH	Erlaubnisnummer DE_NI_01_WDA_2019_0001
Straße, Haus-Nr. Dörntener Str. 21	Postleitzahl, Ort 38644 Goslar
Name der Betriebsstätte Med-X-Press GmbH	Erlaubnisnummer DE_NI_01_WDA_2019_0001
Straße, Haus-Nr. Lange Wanne 2	Postleitzahl, Ort 38644 Goslar

Anlage 3

Erlaubnis zum Großhandel mit Arzneimitteln

Name(n) der verantwortlichen Person(en)

Name Zimmermann	Vorname Gertraud
--------------------	---------------------

Name der Betriebsstätte Omicare Pharma GmbH
--

Straße, Haus-Nr. Feringastr. 7	Postleitzahl, Ort 85774 Unterföhring
-----------------------------------	---

Name	Vorname
------	---------

Name der Betriebsstätte

Straße, Haus-Nr.	Postleitzahl, Ort
------------------	-------------------

Name	Vorname
------	---------

Name der Betriebsstätte

Straße, Haus-Nr.	Postleitzahl, Ort
------------------	-------------------