

Anlage 3

Erlaubnis zum Großhandel mit Arzneimitteln

Name(n) der verantwortlichen Person(en)

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

Name der Betriebsstätte Omnicare 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
------------------	-------------------