



Vernichtungserklärung

Hiermit bestätigen wir die ordnungsgemäße Vernichtung und Dekommissionierung genannter Ware*

PZN	Bezeichnung	Größe	Charge	Verfallsdatum	Apotheken-Einkaufspreis	Menge	Grund der Vernichtung

*Gemäß § 54 Nr. 11 AMG, § 21 Abs. 4 ApoBetrO und § 5 Abs. 3 und 4 AM HandelsV

Vernichtung wurde durchgeführt durch

Datum	Ort der Vernichtung	Name	Vorname	Unterschrift	Firmenstempel

Gewünschter Warenersatz

PZN	Bezeichnung	Menge	Apotheken-Einkaufspreis

Ihre Referenznummer/Bestellnummer der Ersatzsendung

AAA-Pharma GmbH, Flugfeld-Allee 24, 71034 Böblingen

Tel.: 0800 / 000 4433 *

* kostenloser Anruf aus dem Festnetz