

VHS

**AANVRAAGFORMULIER VOOR EEN GROOTHANDELSVERGUNNING ALS BEDOELD IN
ARTIKEL 18, EERSTE LID, VAN DE GENEESMIDDELENWET (GNW)**

*VELDEN MET EEN * ZIJN VERPLICHT*

| ORGANISATIE WAARVOOR DE VERGUNNING WORDT AANGEVRAAGD | |
|--|---|
| 1 | naam* |
| 2 | handelsnaam (in geval van een privaatrechtelijke organisatie) |
| 3 | afdeling (invullen indien u de vergunning aanvraagt ten behoeve van een bepaalde afdeling van uw organisatie) |
| 4 | rechtsvorm (in geval van een privaatrechtelijke organisatie) <input type="checkbox"/> bv <input type="checkbox"/> nv <input type="checkbox"/> stichting <input type="checkbox"/> vereniging <input type="checkbox"/> coöperatie <input type="checkbox"/> onderlinge waarborgmaatschappij <input type="checkbox"/> cv <input type="checkbox"/> vof <input type="checkbox"/> eenmanszaak |
| 5 | KvK-dossiernummer (in geval van een privaatrechtelijke organisatie) |
| HOOFDKANTOOR | |
| 6 | adres* |
| 7 | postcode en plaats* |
| 8 | telefoonnummer* |
| 9 | faxnummer |
| 10 | e-mailadres |

Versie 10-03-2009

Postbus 16114
2500 BC DEN HAAG
Telefoon: 070 - 340 5759
Fax: 070 - 340 7426

Bezoekadres:
Wijnhaven 16
2511 GA DEN HAAG

Correspondentie uitsluitend richten aan het postadres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.

Internet: www.farmatec.nl
E-mail: info@farmatec.nl

VWS

DE PUNTEN **11 T/M 16** ALLEEN INVULLEN ALS ZE AFWIJKEN VAN DE ADRESGEGEVENS VAN HET HOOFDKANTOOR

VELDEN MET EEN * ZIJN VERPLICHT

| FACTUURADRES | |
|--|---|
| 11 | naam/afdeling |
| 12 | adres |
| 13 | postcode en plaats |
| CORRESPONDENTIEADRES | |
| 14 | naam/afdeling |
| 15 | adres |
| 16 | postcode en plaats |
| EVENTUEEL ADRES VOOR KOPIE VAN CORRESPONDENTIE | |
| 17 | naam/afdeling |
| 18 | adres |
| 19 | postcode en plaats |
| CONTACTPERSOON | |
| 20 | achternaam * |
| 21 | voorletter(s) * |
| 22 | voorvoegsel(s) |
| 23 | geslacht |
| 24 | titel(s) <input type="checkbox"/> prof. <input type="checkbox"/> dr. <input type="checkbox"/> mr. <input type="checkbox"/> drs. <input type="checkbox"/> ir. <input type="checkbox"/> MSc <input type="checkbox"/> MA <input type="checkbox"/> LL.M <input type="checkbox"/> MBA <input type="checkbox"/> overig, namelijk: |
| 25 | telefoonnummer vast * |
| 26 | telefoonnummer mobiel |
| 27 | faxnummer |
| 28 | e-mailadres |



LET OP: U MOET DE BIJLAGEN 1 EN 2 PER LOCATIE ÉN VOOR ZOVER VAN TOEPASSING INVULLEN

- a) **bijlage 1:** toezichthoudende perso(o)n(en), onder wiens/wier leiding de in-, op- en uitslag van geneesmiddelen zullen plaatsvinden;
- b) **bijlage 2:** contactperso(o)n(en), voor zover afwijkend van de contactpersoon waarvoor de punten 14 t/m 23 (zie pagina 2) zijn ingevuld..

VERDER MOET U DE OP PAGINA 7 BEDOELDE BIJLAGEN OPSTUREN EN MOET U DE AANVRAAG OP PAGINA 8 ONDERTEKENEN. AANVRAAGFORMULIER EN BIJLAGEN IN DRIEVOUD OPSTUREN.

VWS

*VELDEN MET EEN * ZIJN VERPLICHT*

| LOCATIE | |
|---------|---------------------|
| 1 | naam* |
| 2 | adres* |
| 3 | postcode en plaats* |
| 4 | telefoonnummer* |
| 5 | faxnummer |
| 6 | e-mailadres |
| 7 | land* |

VWS

BIJLAGE 1

VELDEN MET EEN * ZIJN VERPLICHT

| TOEZICHTHOUDENDE PERSO(O)N(EN), ONDER WIENS/WIER LEIDING DE IN-, OP- EN UITSLAG VAN GENEESMIDDELEN ZULLEN PLAATSVINDEN | |
|--|--|
| achternaam * | |
| voorletter(s) * | |
| voorvoegsel(s) | |
| geslacht | |
| geboortedatum * | |
| titel(s) | <input type="checkbox"/> prof. <input type="checkbox"/> dr. <input type="checkbox"/> mr. <input type="checkbox"/> drs. <input type="checkbox"/> ir. <input type="checkbox"/> MSc <input type="checkbox"/> MA <input type="checkbox"/> LLM <input type="checkbox"/> MBA <input type="checkbox"/> overig, namelijk: |
| BIG-inschrijfnummer | |
| telefoonnummer vast * | |
| telefoonnummer mobiel | |
| faxnummer | |
| e-mailadres | |

| | |
|-----------------------|--|
| achternaam * | |
| voorletter(s) * | |
| voorvoegsel(s) | |
| geslacht | |
| geboortedatum * | |
| titel(s) | <input type="checkbox"/> prof. <input type="checkbox"/> dr. <input type="checkbox"/> mr. <input type="checkbox"/> drs. <input type="checkbox"/> ir. <input type="checkbox"/> MSc <input type="checkbox"/> MA <input type="checkbox"/> LLM <input type="checkbox"/> MBA <input type="checkbox"/> overig, namelijk: |
| BIG-inschrijfnummer | |
| telefoonnummer vast * | |
| telefoonnummer mobiel | |
| faxnummer | |
| e-mailadres | |

| | |
|-----------------------|--|
| achternaam * | |
| voorletter(s) * | |
| voorvoegsel(s) | |
| geslacht | |
| geboortedatum * | |
| titel(s) | <input type="checkbox"/> prof. <input type="checkbox"/> dr. <input type="checkbox"/> mr. <input type="checkbox"/> drs. <input type="checkbox"/> ir. <input type="checkbox"/> MSc <input type="checkbox"/> MA <input type="checkbox"/> LLM <input type="checkbox"/> MBA <input type="checkbox"/> overig, namelijk: |
| BIG-inschrijfnummer | |
| telefoonnummer vast * | |
| telefoonnummer mobiel | |
| faxnummer | |
| e-mailadres | |

VWS

BIJLAGE 2

VELDEN MET EEN * ZIJN VERPLICHT

| CONTACTPERSO(O)N(EN) | |
|-------------------------------------|--|
| achternaam * | |
| voorletter(s) * | |
| voorvoegsel(s) | |
| geslacht | |
| titel(s) (meerdere opties mogelijk) | <input type="checkbox"/> prof. <input type="checkbox"/> dr. <input type="checkbox"/> mr. <input type="checkbox"/> drs. <input type="checkbox"/> ir. <input type="checkbox"/> MSc <input type="checkbox"/> MA <input type="checkbox"/> LLM <input type="checkbox"/> MBA <input type="checkbox"/> overig, namelijk: |
| telefoonnummer vast * | |
| telefoonnummer mobiel | |
| faxnummer | |
| e-mailadres | |

| | |
|-------------------------------------|--|
| achternaam * | |
| voorletter(s) * | |
| voorvoegsel(s) | |
| geslacht | |
| titel(s) (meerdere opties mogelijk) | <input type="checkbox"/> prof. <input type="checkbox"/> dr. <input type="checkbox"/> mr. <input type="checkbox"/> drs. <input type="checkbox"/> ir. <input type="checkbox"/> MSc <input type="checkbox"/> MA <input type="checkbox"/> LLM <input type="checkbox"/> MBA <input type="checkbox"/> overig, namelijk: |
| telefoonnummer vast * | |
| telefoonnummer mobiel | |
| faxnummer | |
| e-mailadres | |

| | |
|-------------------------------------|--|
| achternaam * | |
| voorletter(s) * | |
| voorvoegsel(s) | |
| geslacht | |
| titel(s) (meerdere opties mogelijk) | <input type="checkbox"/> prof. <input type="checkbox"/> dr. <input type="checkbox"/> mr. <input type="checkbox"/> drs. <input type="checkbox"/> ir. <input type="checkbox"/> MSc <input type="checkbox"/> MA <input type="checkbox"/> LLM <input type="checkbox"/> MBA <input type="checkbox"/> overig, namelijk: |
| telefoonnummer vast * | |
| telefoonnummer mobiel | |
| faxnummer | |
| e-mailadres | |

MET DE AANVRAAG DIENEN ACTUELE VERSIES VAN DE VOLGENDE DOCUMENTEN TE WORDEN MEEGESTUURD

- 1) Indien de aanvraag wordt gedaan ten behoeve van een **privaatrechtelijke organisatie**: de statuten; indien de aanvraag wordt gedaan ten behoeve van een **publiekrechtelijke organisatie** een instellingsbesluit.
- 2) Indien de aanvraag wordt gedaan ten behoeve van een **privaatrechtelijke organisatie** een uittreksel uit het handelsregister van de Kamer van Koophandel en Fabrieken.
- 3) Indien de aanvraag wordt gedaan ten behoeve van een **privaatrechtelijke organisatie** een volmacht waaruit blijkt dat de ondertekenaar tekenbevoegd is, voor zover dit niet blijkt uit het uittreksel uit het handelsregister van de Kamer van Koophandel en Fabrieken; indien de aanvraag wordt gedaan ten behoeve van een **publiekrechtelijke organisatie** een mandaatbesluit waaruit blijkt dat de ondertekenaar bevoegd is om de aanvraag te doen.
- 4) Een plattegrond van het perceel of de percelen, waar de farmaceutische producten ter aflevering in voorraad gehouden en een nauwkeurige beschrijving van de lokalen, en de inrichting daarvan.
- 5) In het geval u de producten bij een buitenlandse groothandel opslaat: Een GDP-verklaring die niet ouder is dan drie jaren danwel een kopie van een geldige groothandelsvergunning.
- 6) Voor elke gekwalificeerde persoon een document waarin zijn of haar opleiding en werkervaring zijn beschreven en een kopie van de arbeidsovereenkomst/het contract van de gekwalificeerde persoon met uw organisatie.

Let op: voor de behandeling van deze aanvraag bent u, op grond van artikel 19 van de Geneesmiddelenwet, een aanvraagvergoeding verschuldigd. Pas als u deze heeft betaald, kan uw aanvraag worden behandeld. Als wij uw aanvraag hebben ontvangen, krijgt u vanzelf een verzoek om de aanvraagvergoeding te betalen. Na ontvangst van de aanvraagvergoeding zal, indien de aanvraag ook overigens volledig is, schriftelijk worden bevestigd dat uw aanvraag in behandeling is genomen. Er is geen recht op restitutie van deze aanvraagvergoeding indien u uw aanvraag intrekt, indien wordt besloten uw aanvraag niet te behandelen danwel indien uw aanvraag geheel of gedeeltelijk wordt afgewezen.

0 (Aankruisen als u de aanvraagvergoeding al heeft betaald)



ONDERTEKENING

Naam:

Functie:

Handtekening:

Plaats:

Datum:

Het volledig en naar waarheid ingevulde en ondertekende aanvraagformulier en de bovenbedoelde bijlagen moeten **in drievoud** worden ingediend, anders wordt de aanvraag **niet** in behandeling genomen.

Dit aanvraagformulier met bijlagen in drievoud opsturen naar:

CIBG
Farmatec-BMC
Postbus 16114
2500 BC DEN HAAG

Verdere informatie:

t (070) 340 75 00
f (070) 340 74 26
e info@farmatec.nl
i www.farmatec.nl