

jährliche Meldung: Zertifizierung des QMS

Hiermit reiche ich die gem. § 6 der Satzung der Apothekerkammer Mecklenburg-Vorpommern für das Qualitätsmanagementsystem der Apotheken (QM-Satzung) geforderten jährlichen Nachweise ein. (Durch diese Nachweise kann auf die jährliche Kontroll-Auditierung durch die Zertifizierungsstelle verzichtet werden)

Betrieb:

Apotheke:

Anschrift:

Name, Vorname:

(Apothekenleiter)

Verantwortlich für das QMS:

Angaben:

Relevante Änderungen (Einführung neuer Kernleistungen, neue Räume, neuer Inhaber)

Beizufügende Unterlagen

- Ergebnisbericht des internen Audits
- Ergebnisbericht der Managementbewertung

Nachweise über die Teilnahme an externen Überprüfungen und deren Ergebnisse in den Bereichen

- Herstellung von Rezeptur-/Defekturarzneimitteln (Ringversuche)
- Beratung (Pseudo-Customer)
- Blutuntersuchungen, sofern angeboten (Ringversuche)

Die Nachweise dürfen nicht älter als 12 Monate sein. Bei Nichtbestehen sind die festgelegten Maßnahmen beizufügen.

Erklärung

(bitte ankreuzen!) Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben und Unterlagen.

Datum, Unterschrift:

Apothekenleiter/in

an die: Apothekerkammer Mecklenburg-Vorpommern, Zertifizierungsstelle

digital als Email an: info@akmv.de

oder Postanschrift: Apothekerkammer MV, Zertifizierungsstelle, Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin