Bundesinstitut
für Arzneimittel
und Medizinprodukte

Versand des Formulars bevorzugt elektronisch:
E-Mail: btm-nummernzuweisung@bfarm.de
Fax: 0228 – 99 307 3633
oder auf dem Postweg:
Bundesopiumstelle
Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 3
53175 Bonn

Verzicht der Teilnahme am Betäubungsmittelverkehr (gem. § 4 Abs. 3 BtMG)

Name und Privatanschrift der anzeigenden apothekenbetreibenden Person:

Name, ggf. Geburtsname | Vorname | Titel | Geburtsdatum / Ort

Straße, Hausnummer | Telefon-Nr. Privat

PLZ | Ort

Angaben der Apotheke:

BtM-Nummer **dieser** Apotheke

Name der Apotheke (korrekt lautend **entsprechend der Betriebserlaubnis**)

PLZ | Ort | Straße, Hausnummer

Telefon-Nummer | Fax-Nummer | E-Mail-Adresse

Anzeigegrund: ☐ Verzicht der Teilnahme am Betäubungsmittelverkehr **ab**

Datum der Änderung

☐ In der Vergangenheit wurde/n **mir** für andere als die im Formular angegebene Apotheke bereits folgende BtM-Nummer/n zugeteilt:

Datum | Unterschrift der apothekenbetreibenden Person