

FRAGEBOGEN ZUR QUALIFIZIERUNG INTERNATIONALER PHARMA-GESCHÄFTSPARTNER

Screening-Fragebogen für potenzielle Neukunden

Sehr geehrte Interessentin, sehr geehrter Interessent,

vielen Dank für Ihr Interesse an einer Geschäftspartnerschaft mit unserem Unternehmen. Um eine erfolgreiche und langfristige Zusammenarbeit zu gewährleisten, bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig und wahrheitsgemäß auszufüllen.

Dieser Fragebogen dient der Qualifizierung potenzieller Geschäftspartner unter Berücksichtigung regulatorischer Anforderungen (EU GDP, GMP) und unserer internen Compliance-Standards. Die bereitgestellten Informationen helfen uns, Ihre Eignung als zuverlässiger Partner zu bewerten.

WICHTIGER HINWEIS: Dieser Fragebogen stellt kein verbindliches Angebot oder einen Vertrag dar. Wir behalten uns das Recht vor, Bewerbungen nach eigenem Ermessen anzunehmen oder abzulehnen.

1. ALLGEMEINE UNTERNEHMENSINFORMATIONEN

1.1 Vollständiger Firmenname:

1.2 Registrierte Geschäftsadresse:

1.3 Land der Geschäftstätigkeit:

1.4 Gründungsjahr des Unternehmens:

1.5 Rechtsform des Unternehmens (z.B. GmbH, AG, Ltd.):

1.6 Handelsregisternummer:

1.7 Umsatzsteuer-Identifikationsnummer (VAT ID):

1.8 Webseite des Unternehmens:

1.9 Anzahl der Mitarbeiter:

☐ 1-10 ☐ 11-50 ☐ 51-200 ☐ 201-500 ☐ >500

2. KONTAKTINFORMATIONEN

2.1 Name des Geschäftsführers / CEO:

2.2 Name der primären Kontaktperson für diese Partnerschaft:

2.3 Position/Titel der Kontaktperson:

2.4 E-Mail-Adresse der Kontaktperson:

2.5 Telefonnummer (mit Ländervorwahl):

3. GESCHÄFTSAKTIVITÄTEN & ERFAHRUNG

3.1 Art Ihrer Geschäftstätigkeit:

- ☐ Pharmazeutischer Hersteller
- ☐ Großhändler/Distributor
- ☐ Apothekenkette
- ☐ Krankenhaus/Klinik
- ☐ Einzelhandelsapotheke
- ☐ Handelsunternehmen
- ☐ Sonstiges: _____

3.2 Seit wie vielen Jahren sind Sie im Pharmageschäft tätig?

3.3 In welchen Ländern sind Sie derzeit tätig? (Bitte alle auflisten)

3.4 Welche pharmazeutischen Produktkategorien vertreiben/handeln Sie aktuell?

- ☐ Fertigarzneimittel (FDF)
- ☐ Wirkstoffe (APIs)
- ☐ Sterile Produkte
- ☐ Lokalanästhetika
- ☐ Veterinärprodukte
- ☐ Nahrungsergänzungsmittel
- ☐ Medizinprodukte
- ☐ Sonstiges: _____

3.5 Nennen Sie Ihre drei wichtigsten bestehenden pharmazeutischen Lieferanten/Partner:

4. REGULATORISCHE & QUALITÄTSANFORDERUNGEN

4.1 Verfügen Sie über eine gültige Großhandelsgenehmigung (GDP-Lizenz)?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, bitte eine Kopie beifügen.

Ausstellende Behörde: _____

Gültig bis: _____

4.2 Verfügen Sie über eine Herstellungserlaubnis?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, bitte eine Kopie beifügen.

4.3 Sind Sie GDP-zertifiziert (Good Distribution Practice)?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, bitte Zertifikat beifügen.

4.4 Verfügen Sie über eine/n qualifizierte/n Sachkundige/n (Qualified Person)?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, Name und Qualifikation: _____

4.5 Wurden Sie in den letzten 3 Jahren von einer Behörde inspiziert?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, wann und mit welchem Ergebnis? _____

4.6 Hatten Sie in den letzten 5 Jahren regulatorische Verstöße, Sanktionen oder Lizenzentzüge?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, bitte detailliert erläutern: _____

4.7 Verfügen Sie über ein Quality Management System (QMS)?

☐ Ja ☐ Nein

5. FINANZIELLE STABILITÄT

5.1 Jährlicher Umsatz (letztes Geschäftsjahr):

☐ < 500.000 EUR ☐ 500.000 - 2 Mio. EUR ☐ 2 - 10 Mio. EUR ☐ 10 - 50 Mio. EUR ☐ > 50 Mio. EUR

5.2 Sind Sie bereit, Jahresabschlüsse der letzten 2 Jahre bereitzustellen?

☐ Ja ☐ Nein

5.3 Bankreferenz: Name und Adresse Ihrer Hausbank:

5.4 Verfügen Sie über eine Produkthaftpflichtversicherung?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, Deckungssumme: _____

5.5 Haben Sie in den letzten 3 Jahren Insolvenz angemeldet oder befinden Sie sich in einem Insolvenzverfahren?

☐ Ja ☐ Nein

6. ENGAGEMENT & LANGFRISTIGE ZUSAMMENARBEIT

6.1 Warum sind Sie an einer Zusammenarbeit mit unserem Unternehmen interessiert?

6.2 Welche spezifischen Produkte aus unserem Portfolio interessieren Sie?

6.3 Welche geschätzte jährliche Bestellmenge erwarten Sie von uns? (Mengen oder Umsatzvolumen)

6.4 Planen Sie eine langfristige strategische Partnerschaft (>3 Jahre)? ☐ Ja ☐ Nein

6.5 Sind Sie bereit, in Marketing- und Vertriebsaktivitäten für unsere Produkte zu investieren? ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, welche Aktivitäten planen Sie? _____

6.6 Haben Sie bereits einen Businessplan oder eine Marktstrategie für unsere Produkte entwickelt? ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, bitte zusammenfassen oder beifügen:

6.7 Wie viele Vertriebsmitarbeiter haben Sie für den pharmazeutischen Bereich?

6.8 Mit welchen anderen internationalen pharmazeutischen Herstellern arbeiten Sie bereits langfristig zusammen (>3 Jahre)?

7. GESCHÄFTSREFERENZEN

7.1 Bitte geben Sie mindestens zwei Geschäftsreferenzen an:
(Name, Firma, Kontaktdaten, Dauer der Zusammenarbeit)

Referenz 1:

Referenz 2:

7.2 Dürfen wir diese Referenzen kontaktieren?

☐ Ja ☐ Nein

8. INFRASTRUKTUR & LOGISTIK

8.1 Verfügen Sie über temperaturkontrollierte Lagereinrichtungen?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, welche Temperaturbereiche? _____

8.2 Haben Sie eigene Transportfahrzeuge oder arbeiten Sie mit Logistikdienstleistern?

8.3 Ist Ihre Kühlkette GDP-konform validiert?

☐ Ja ☐ Nein

8.4 Verfügen Sie über ein System zur Rückverfolgbarkeit von Arzneimitteln (z.B. Serialisierung)?

☐ Ja ☐ Nein

9. COMPLIANCE & RECHTSKONFORMITÄT

9.1 Haben Sie jemals gefälschte oder illegale Arzneimittel gehandelt?

☐ Ja ☐ Nein

9.2 Wurden gegen Ihr Unternehmen oder Ihre leitenden Mitarbeiter in den letzten 5 Jahren strafrechtliche Ermittlungen eingeleitet?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, bitte erläutern: _____

9.3 Verfügen Sie über eine Anti-Korruptions- und Compliance-Richtlinie?

☐ Ja ☐ Nein

9.4 Sind Sie mit den EU-GDP-Richtlinien und nationalen Arzneimittelgesetzen vertraut?

☐ Ja ☐ Nein

10. ZUSÄTZLICHE DOKUMENTE

Bitte fügen Sie folgende Dokumente bei (falls zutreffend):

- ☐ Kopie der Großhandelslizenz / GDP-Zertifikat
- ☐ Kopie des Handelsregisterauszugs
- ☐ Unternehmensbroschüre oder Unternehmensprofil
- ☐ Nachweis der Produkthaftpflichtversicherung
- ☐ Jahresabschlüsse der letzten 2 Jahre (falls bereit zur Offenlegung)
- ☐ Referenzschreiben von bestehenden Partnern
- ☐ Organigramm des Unternehmens

ERKLÄRUNG UND UNTERSCHRIFT

Hiermit bestätige ich, dass alle oben gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen und vollständig sind. Mir ist bewusst, dass falsche Angaben zur sofortigen Beendigung der Geschäftsbeziehung führen können und rechtliche Konsequenzen nach sich ziehen können.

Name der unterzeichnenden Person: _____

Position/Titel: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Firmenstempel:

HINWEIS ZUM DATENSCHUTZ

Die von Ihnen bereitgestellten Daten werden ausschließlich zur Bewertung Ihrer Eignung als Geschäftspartner verwendet und gemäß EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) vertraulich behandelt. Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben, außer dies ist zur Erfüllung regulatorischer Anforderungen erforderlich.