



PHARMAPOOL AG - UNTERLETTENSTRASSE 18 - 9443 WIDNAU

KUNDENSTAMMBLATT PHARMAPOOL AG

BITTE AUSFÜLLEN UND ZURÜCKFAXEN AN 071 727 25 55

NAME TITEL
VORNAME INSTITUTION
ADRESSE FACHRICHTUNG
PLZ, ORT E-MAIL
TELEFON TELEFAX
GLN: 7601000..... KONKORDATS-NR. :

BEWILLIGUNGEN :

- AKTIVE BERUFS AUSÜBUNGSBEWILLIGUNG FÜR KANTON : / JAHR:
BITTE BEWILLIGUNGSKOPIE BEILEGEN
- BERECHTIGT ZUR DIREKTABGABE VON ARZNEIMITTEL & FÜHREN EINER PRIVATAPOTHEKE
GEMÄSS KANT. BESTIMMUNGEN (SELBSTDISPENSATION)
BITTE BEWILLIGUNGSKOPIE BEILEGEN
- BERECHTIGT ZUM BEZUG VON BETÄUBUNGSMITTEL
- QUALITÄTSMANAGEMENT FÜR DIE PRAXISAPOTHEKE VORHANDEN
- DARF NUR IN SONDERFÄLLEN (Z.B. NOTFÄLLEN) MEDIKAMENTE ABGEBEN / KEINE SD

BESTELLART:

- PER TELEFON PER TELEFAX
 ELEKTRONISCH (PC-PC / PEN / E-STUDIO)

ICH WÜNSCHE DIE AUSLIEFERUNG MEINER BESTELLUNG :

- TÄGLICH (AUSSER SA & SO) GESCHLOSSEN AM
- MO - DI - MI - DO - FR
- PER POST

UNTERSCHRIFT & STEMPEL
DES VERANTWORTLICHEN ARZTES:

DATUM:

BEACHTEN: BELIEFERUNG VON NATURHEILÄRZTEN UND SONSTIGEN KUNDEN (MASSEURE, HEBAMMEN) ETC. ERFOLGT NACH DEN GESETZLICHEN BESTIMMUNGEN DES BUNDES SOWIE DER KANTONE

Auszufüllen durch die Pharmapool AG:

Angaben vollständig und in Ordnung (Datum / Visum):

Beilagen: