PHARMAPOOL AG - UNTERLETTENSTRASSE 18 - 9443 WIDNAU

KUNDENSTAMMBLATT PHARMAPOOL AG

BITTE AUSFÜLLEN UND ZURÜCKFAXEN AN 071 727 25 55

NAME ..... TITEL .....

VORNAME ..... INSTUTITION ……

ADRESSE ..... FACHRICHTUNG .....

PLZ, ORT ..... E-MAIL .....

TELEFON ..... TELEFAX .....

GLN : 7 6 0 1 0 0 0 . . . . . KONKORDATS-NR. :……..

BEWILLIGUNGEN :

☐ **AKTIVE BERUFSAUSÜBUNGSBEWILLIGUNG 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:

BEACHTE: 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: