

KONTOERÖFFNUNGSFORMULAR

Bitte fügen Sie eine Kopie ihrer Betriebserlaubnis bei.

Apotheke:	
Inhaber:	
Kundennummer (falls bekannt):	
Rechnungsanschrift:	
Lieferanschrift:	
Telefon Nummer:	
Fax Nummer:	
E-Mail Adresse:	
Datum des ersten Kaufs:	

* Bevorzugte Zahlungsmethode:

- SEPA Bankeinzug
 Überweisung

* Besitzen Sie mehr als eine Apotheke (zu Abrechnungszwecken)

- Ja, _____
 Nein

* Kontaktperson für Einkauf: _____

Kontaktperson für Buchhaltung: _____

* Bevorzugter Kontaktweg (Buchhaltung):

- Fax
 E-Mail

* Wie möchten Sie Angebote erhalten?

- Fax
 E-Mail

* Benutzen Sie MSV3?

- Ja, Ich füge Sie lieber selber hinzu
 Nein IDF/BGA Nr. _____

* Software – Anbieter der Warenwirtschaft _____

* Bevorzugte Bestellmethode:

- E-Mail PHOENIX
 Fax Alliance Healthcare
 MSV3 Pharmacia24

* UST.-ID-Nr.: _____

Anmerkungen:

Stempel & Unterschrift

Interne Referenz (bitte nicht ausfüllen):