

Formular Bestellung

Bitte per FAX an: 030 - 700 14 30 313 oder
 E-Mail Scan an: info@canymed.com
 Telefon Support: 030 – 20 99 36 78

Information zu Ihrer (Klinik-) Apotheke / Großhandel

| | |
|--------------------------------------|---|
| Apothekename & Inhaber / Großhändler | Straße Einschließlich Ort, Bundesland, PLZ |
| Telefon | Fax |
| E-Mail-Adresse Büro | Website |
| Umsatz Steuer ID | BTM Nummer |
| Handelsregister Nr | Apothekenkammer / Behörde |

ANLAGE

Bei **Erstregistrierung** bitte Kopie der Anzeige zur Teilnahme am BTM-Verkehr und Apothekenbetriebserlaubnis / Behördenerlaubnisse / Aktivitätsnachweise zufaxen / E-Mail Scan senden.

| | | |
|---|--------------------------|-------------------------------|
| Anlage BTM Erlaubnis | <input type="checkbox"/> | Apotheken- / Firmenstempel |
| Anlage Apothekenerlaubnis | <input type="checkbox"/> | |
| Anlage Großhandelserlaubnis | <input type="checkbox"/> | |
| Aktivitätsnachweis (letzte Abrechnung des Nacht- und Notdienstfonds oder vergleichbares) | <input type="checkbox"/> | |

BESTELLUNG

| | | | |
|---|-------------------------------|--|---------------------------------|
| Artikel: (aus Produkt-Preisliste) | Bestellmenge in Gramm: | Einzelpreis: 5 Gramm (aus Preisliste je Menge) | Gewünschtes Lieferdatum: |
| (aus Produkt-Preisliste) | | (aus Preisliste je Menge) | |

Unterschrift

Unterschrift der Person, die das Formular übermittelt

Name

*Name der Person, die das Formular übermittelt
(Druckbuchstaben)*

Datum der
Unterschrift

TT MM JJ