



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 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:

BEACHTET: 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: