

## Kundenstammblatt (Bitte vollständig ausfüllen und zurücksenden an Fax 071 727 25 55 oder E-Mail info@pharmapool.ch)

Institution / Firma:	
Titel / Anrede:	
Name:	
Vorname:	
Adresse	
PLZ, Ort:	
Geburtsdatum:	
Telefon / Natel / Fax	T: ..... N: ..... F: .....
E-Mail – Praxis / Persönlich:	.....
GLN Betrieb	
GLN fachtechnisch verantwortliche Person	
Fachrichtung:	
UID-MWST.-Nummer:	
Rechtsform:	<input type="checkbox"/> AG <input type="checkbox"/> GmbH <input type="checkbox"/> Einzelunternehmen <input type="checkbox"/> Andere: .....
Zahlungsmodalität:	<input type="checkbox"/> Monatsrechnung <input type="checkbox"/> Rechnung <input type="checkbox"/> LSV <small>Falls die Rechnungsadresse von der Lieferadresse abweicht, notieren Sie diese auf der Rückseite des Formulars.</small>
Aktive Berufsausübungsbewilligung:	Kanton: ..... (Bitte eine Kopie beilegen)
Bewilligung zur Führung einer Privatapotheke:	<input type="checkbox"/> Ja (Bitte eine Kopie beilegen) <input type="checkbox"/> Nein
Berechtigung zum Bezug von Betäubungsmittel:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Stempel der Praxis und Unterschrift des verantwortlichen Arztes	Datum: .....

Das Heilmittelgesetz verpflichtet die Grossisten zur Sicherstellung der Bezugsberechtigung für Arznei- und Betäubungsmittel. Die Berechtigungen sowie die gültige Lieferadresse werden aus der MedReg-Datenbank ermittelt. Für die Belieferung von Personen/Institutionen, welche nicht in der MedReg-Datenbank aufgeführt sind, gelten die nationalen sowie kantonalen Bestimmungen.

<b>Wird durch Pharmapool AG ergänzt / ausgefüllt:</b>	
Kundennummer Pharmapool AG:	
Zuständiger Aussendienstmitarbeiter:	
Angaben vollständig und in Ordnung:	Datum:                                  Visum: