# Kundenstammblatt

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Eröffnung | [ ]  Mutation | [ ]  Inaktivierung |

|  |
| --- |
| **Unternehmensangaben / Lieferadresse** |
| Kundennummer |       |
| GLN (13 Zeichen) |       |
| Name / Firma (max. 30 Zeichen) |       |
| Strasse |       |
| PLZ / Ort |       |
| Land |       |
| Telefon / Fax  |       |       |
| E-Mail |       |

|  |
| --- |
| **Rechnungsadresse** |
| Name / Firma (max. 30 Zeichen) |       |
| Strasse |       |
| PLZ / Ort |       |
| Land |       |

|  |
| --- |
| **Preisliste** (es kann nur eine Auswahl getroffen werden) |
| [ ]  Ohne Preis | [ ]  Apo./Drog./Detail. | [ ]  Arzt |
| [ ]  Ex Factory  | [ ]  Grands Magasins  |  |

|  |
| --- |
| **Sprache** |
| [ ]  Deutsch | [ ]  Französisch | [ ]  Italienisch |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ausschliesslich berechtigt für Musterlieferungen** | [ ]  Ja | [ ]  Nein |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ort / Datum** | **Unterschrift:** |
|  |  |
|  | *Verantwortliche Person Partner* |

|  |
| --- |
| **Bezugsprüfung durch Alloga (Lieferadresse)** |
| [ ]  Keine Bezugsberechtigung |
| [ ]  MedReg | [ ]  Swissmedic |
| [ ]  Swissmedic Abgabekategorie | [ ]  Swissmedic Grosshandelsbewilligung |
| [ ]  Betäubungsmittelbewilligung | [ ]  Swissmedic Betäubungsmittel |
| Berechtigung Selbstdispensation | [ ]  Ja | [ ]  n/a |  |

|  |
| --- |
| **Verkaufsbeschränkung** |
| Ohne stabile Blutprodukte  | [ ]  Ja | [ ]  n/a |
| Ohne immunologische Arzneimittel | [ ]  Ja | [ ]  n/a |
| Ohne Transplantatprodukte | [ ]  Ja | [ ]  n/a |
| Andere Beschränkungen | [ ]  Ja | [ ]  n/a |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ort / Datum** | **Unterschrift:** |
|  |  |
|  | *Alloga Sachbearbeiter Datenmanagement* |

Das unterzeichnete Formular bitte per E-Mail oder Fax an Alloga AG senden.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Freundliche Grüsse

Alloga AG