

Kundenstammblatt

Kunden Nr. (wird von ABACUS MEDICINE vergeben):

Bitte füllen Sie dieses Formular sorgfältig und vollständig aus und senden Sie es zusammen mit Ihrer **Apothekenbetriebserlaubnis/Großhandelserlaubnis** zurück an: **Fax: 03304 24 13 001** oder **Mail: bestellungen@abacusmedicine.com**

Name der Apotheke / des Großhandels	
Inhaber*in (Name, Vorname)	
Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Stadt	
Telefon	
Fax	
E-Mail für Bestellbestätigungen	
IK-Nummer	
BTM-Nummer	
USt-IdNr.	
Handelsregister-Nr.	
Apothekenbetriebserlaubnis gesendet	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Großhandelserlaubnis gesendet	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rechnungen per E-Mail versenden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
E-Mail für Rechnungen	
Lieferanschrift, wenn von oben genannter Anschrift abweichend:	

Wir bestätigen, dass wir über eine gültige Apothekenbetriebserlaubnis und/oder Großhandelserlaubnis nach §52a AMG verfügen. Bei Änderungen oder Entzug der Apothekenbetriebs- oder Großhandelserlaubnis werden wir ABACUS MEDICINE umgehend informieren.

 Datum -----
Stempel und Unterschrift

Nur ABACUS intern auszufüllen:

- ① Bezugsberechtigung geprüft
- ② Betriebserlaubnis und/oder Großhandelserlaubnis in CRM hinterlegt
- ③ Kunde freigegeben

 Datum / Unterschrift Verantw. Person §52 AMG ABACUS