

Aufnahmeantrag VitaPlus Partnerapotheken

Apothekenname: _____

Vorname: _____

Name: _____

Straße: _____

PLZ: _____

Ort: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Webseite: _____

Ich möchte gerne der VitaPlus Apothekenkooperation beitreten. Bitte schicken Sie mir die Beitrittsunterlagen zu. Ich verpflichte mich, diese Unterlagen streng vertraulich zu behandeln.

Ort / Datum _____

Unterschrift _____

Bitte schicken Sie uns die Anlage 1 zusammen mit Ihrem Aufnahmeantrag zu.

Anlage 1

Pflichtangaben

Erstlieferant: _____

Zweitlieferant: _____

Spezialisierung: _____

BGA-Nr.: _____

Warenwirtschaftssystem: _____

Rezeptabrechnungsfirma: _____

Mitgliedschaft in einer anderen Kooperation: _____

Freiwillige Angaben

Heimbeliefernde Apotheke ja nein

Krankenhausversorgende Apotheke ja nein

Zugelassene Versandapotheke ja nein

Großhandelserlaubnis ja nein

Kundenkarten ja nein

EC-Kartenzahlung ja nein

Zertifiziert nach DIN ISO ja nein

Nettoumsatz im letzten Geschäftsjahr: _____ €

VitaPlus AG