



NEUKUNDENFORMULAR

Pharma

Bitte passendes ankreuzen:

- Neukunde der **Dr. E. Graeub AG**
- Übernahme bestehende Praxis/ bestehende Praxis, neu zugehörig zu einer Praxiskette

Praxiskette: (falls vorhanden) _____

Praxisname: _____

Titel: _____

Name/ Vorname: _____

Strasse/ Hausnr.: _____

PLZ / Ort: _____

Kanton: _____

Telefonnummer: _____

Mobiltelefonnummer: _____

E-Mail-Adresse für Rechnungen: _____

E-Mail-Adresse für unseren Newsletter: _____

Werbung/ Angebote gewünscht: ja / nein _____

Tierart/ Spezifikation: _____

GLN Nummer (Inhaber Dispensierrecht): _____

TVS Nummer: _____

BUR Nummer: _____

Praxisketten: (Rechnungsanschrift, falls vorhanden) _____

(im Falle unterschiedlicher Zugehörigkeit zu Praxisketten, beispielsweise Nutztiere Praxiskette A und Kleintiere Praxiskette B, müssen zwei Kunden und unterschiedliche TVS Nummern angelegt werden)

Praxiskette für (Auswahl Kleintiere/ Nutztiere/ Andere) TVS Nummer: _____

Praxiskette für (Auswahl Kleintiere/ Nutztiere/ Andere) TVS Nummer: _____

Neukunden: Bitte fügen Sie einen Auszug aus dem Medizinalberuferegister bei.

SENDEN