

**ASIAKASLOMAKE (Kundblanket)****Asiakkaan toimitustiedot (Leveransinformation)**

Asiakas - Kund		
Osoite - Adress		
Postinumero - Postnummer	Postitoimipaikka - Ort	
Puhelin- Telefon	Fax	Sähköposti - E-post
Toimitusosoitteeseen liittyviä tarkempia tietoja kuljetusyhtiölle - Övrig information om levereringsadressen för transportföretaget		
Mahdollinen apteekkiketju - Eventuell apotekskedja	Kauppapäivä pvm. - Handelsdag	Apteekkijärjestelmä - Farmaceutiskt system
		<input type="checkbox"/> Maxx <input type="checkbox"/> Salix / pd3

**Asiakkaan laskutustiedot (Faktureringsinformation)**

Laskutusasiakkaan nimi - Faktureringskund		
Osoite - Adress		
Postinumero - Postnummer	Postitoimipaikka - Ort	
Puhelin - Telefon	Fax	Sähköposti - E-post
Y-tunnus - FO-nummer	Apteekkiluvan myöntämispvm. - Beslutsdatum för apotekartillstånd	
Verkkolaskuosoite - E-Faktura adress	Verkkolaskuoperaattori - E-faktura-operatör	

Aika ja paikka - Tid och ort	Apteekkarin tai nimenkirjoitusosoikeuden haltijan allekirjoitus ja nimen selvennys - Apotekarens underskrift eller underskrift av behörig firmatecknare av rättighetshavaren och namnförtydligande

**Magnum Medical Finland Oy**  
Heidehofintie 2  
01300 Vantaa

**Puhelin (Tel): +358 20 759 8897**  
**Fax: +358 20 759 8890**  
[www.magnummedical.fi](http://www.magnummedical.fi)

**Asiakas hyväksytty (Magnum Medical Finland Oy täyttää):**

Asiakasnumero:	Päivämäärä:	Allekirjoitus: