

ASIAKASLOMAKE (Kundblanket)

Asiakkaan toimitustiedot (Leveransinformation)

Asiakasnimi - Kund		
[Redacted]		
Osoite - Adress		
[Redacted]		
Postinumero - Postnummer	Postitoimipaikka - Ort	
[Redacted]	[Redacted]	
Puhelin - Telefon	Fax	Sähköposti - E-post
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
Toimitusosoitteeseen liittyviä tarkempia tietoja kuljetusyhtiölle - Övrig information om levereringsadressen för transportföretaget		
[Redacted]		
Asiakastyypin - Kundtyp		
<input type="checkbox"/> Apteekki <input type="checkbox"/> Sivuaapteekki <input type="checkbox"/> Apteekin robotti <input type="checkbox"/> Apteekin rohdosyhtiö*		
<input type="checkbox"/> Lääkekeskus <input type="checkbox"/> Sairaala-apteekki <input type="checkbox"/> Lääketukkukauppa <input type="checkbox"/> Sairaalan keskusvarasto* <input type="checkbox"/> Muu asiakkuus*		
* Ei lääkkeenosto-oikeutta		
Mahdollinen apteekkiketju - Eventuell apotekskedja	Kauppapäivä pvm. - Handelsdag	Tilausjärjestelmä - Beställningssystem
[Redacted]	[Redacted]	<input type="checkbox"/> Maxx <input type="checkbox"/> Salix / pd3 <input type="checkbox"/> Muu järjestelmä
Automaattiset jälkitoimitukset - Automatiska restorder		
<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei		

Asiakkaan laskutustiedot (Faktureringsinformation)

Laskutusasiakkaan nimi - Faktureringskund	
[Redacted]	
Osoite - Adress	
[Redacted]	
Postinumero - Postnummer	Postitoimipaikka - Ort
[Redacted]	[Redacted]
Laskutussähköposti - Fakturerings-e-post (jos verkkolaskutus ei käytössä)	
[Redacted]	
Y-tunnus - FO-nummer	Apteekkiluvan myöntämisen pvm. - Beslutsdatum för apotekartillstånd
[Redacted]	[Redacted]
Verkkolaskuosoite - E-Faktura adress	Verkkolaskuoperaattori - E-faktura-operatör
[Redacted]	[Redacted]

Sitoudun noudattamaan Magnum Medical Finland Oy:n kulloinkin voimassa olevia toimitusehtoja.
Jag förbinder mig att följa Magnum Medical Finland Oy:s nuvarande gällande leveransvillkor.

Aika ja paikka - Tid och ort 	Apteekkarin, lääkekeskuksen hoitajan tai nimenkirjoitusoikeuden haltijan allekirjoitus ja nimen selvennys – Apotekarens, läkemedelscentral skötarens underskrift eller underskrift av behörig firmatecknare av rättighetshavaren och namnförtydligande Vakuutan yllä olevat tiedot oikeiksi - Jag intygar att ovanstående information är korrekt
--------------------------------------	--

Magnum Medical Finland Oy
Tuupakantie 32
01740 Vantaa

Puhelin (Tel): +358 20 759 8897
Fax: +358 20 759 8890
www.magnummedical.fi

Asiakas hyväksytty (Magnum Medical Finland Oy täyttää):

Asiakasnumero:	Päivämäärä:	Allekirjoitus:
----------------	-------------	----------------