

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

Asiakasnimi - Kund		
Osoite - Adress		
Postinumero - Postnummer	Postitoimipaikka - Ort	
Puhelin - Telefon	Fax	Sähköposti - E-post
Toimitusosoitteeseen liittyviä tarkempia tietoja kuljetusyhtiölle - Övrig information om levereringsadressen för transportföretaget		
Asiakastyypit - Kundtyp		
<input type="checkbox"/> Apteekki <input type="checkbox"/> Sivuapteekki <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 apteekkitietäjä - Eventuell apotekskedja	Kauppa- ja palvelupäivä pvm. - Handelsdag	Tilausjärjestelmä - Beställningssystem
		<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	
Osoite - Adress	
Postinumero - Postnummer	Postitoimipaikka - Ort
Laskutussähköposti - Fakturerings-e-post (jos verkkolaskutus ei käytössä)	
Y-tunnus - FO-nummer	Apteekkiluvan myöntämispäivä - Beslutsdatum för apotekartillstånd
Verkkolaskuosoite - E-Faktura adress	Verkkolaskuoperaattori - E-faktura-operatör

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
--	--

Lähetä täytetty ja allekirjoitettu lomake sähköpostilla Magnum Medical Finlandin asiakaspalvelun sähköpostiosoitteeseen info@magnummedical.fi

Skicka den ifyllda och underskrivna blanketten till Magnum Medical Finlands kundtjänst via e-post info@magnummedical.fi

Magnum Medical Finland Oy
Tuupakantie 32
01740 Vantaa
Puhelin (Tel): +358 20 759 8897
info@magnummedical.fi
www.magnummedical.fi