1. Dane płatnika

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa** |  |
| **Adres siedziby** |  |
| **Numer NIP** |  |
| **NUMER Regon**  |  |
| **E-mail do otrzymywania faktur** |  |

2. Dane Odbiorcy (Apteki)

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa** |  |
| **Adres**  |  |
| **Numer zezwolenia** |  |
| **Kierownik Apteki (imię i nazwisko)** |  |
| **NUMER telefonu kontaktowego**  |  |
| **NUMER id KAMSOFT** |  |
| **E-mail do otrzymywania faktur** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Osoba do kontaktu w sprawie wstrzymania/wycofania (imię i nazwisko)** |  |
| **NUMER telefonu** |  |
| **Adres E-mail** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Data i podpis osoby wypełniającej formularz** |  |

**Dziękujemy za wypełnienie Danych.**

**Wszelkie informacje zawarte w niniejszym formularzu będą traktowane jako poufne pomiędzy Actifarm sp. z o.o., a Państwa firmą***.*

**Prosimy o odesłanie wypełnionego formularza na adres: dorota.koziara@actifarm.pl**

**Reklamacje prosimy zgłaszać na adres: reklamacje@actifarm.pl**

3. Kwalifikacja odbiorcy

Wypełnia pracownik Actifarm sp. z o.o.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Weryfikacja apteki | Nr ID z rejestru aptek |  |
| status w rejestrze aptek | aktywna 󠄀[ ]  | nieaktywna [ ]  |
| Kwalifikacja | TAK [ ]  | NIE [ ]  |
| Uwagi: |  |
| Data i podpis osoby odpowiedzialnej |  |