

Kundenstammblatt

Zur Bearbeitung von Bestellungen bei Alexion Pharma Germany GmbH benötigen wir die unten genannten Angaben von Ihnen. Diese Daten werden vertraulich behandelt und nur zum Zwecke der Bestell- und Rechnungsabwicklung verwendet. Das Datenschutzgesetz findet Anwendung:
<https://www.alexion.de/richtlinien/datenschutz>.

Bitte fügen Sie Ihre aktuelle Apothekenbetriebserlaubnis und gegebenenfalls den Versorgungsvertrag bei!

Wir bitten um Rücksendung per E-Mail an german.orders@alexion.com (Tel. 089 45 70 91 310).

Name der Apotheke: Name Inhaber/in bzw. Leiter/in:	Sie bestellen als <input type="checkbox"/> Öffentliche Apotheke <input type="checkbox"/> Krankenhausversorgende Apotheke <input type="checkbox"/> Krankenhausapotheke
1. Auftraggeber-Adresse („SOLD-TO“):	Tel: Fax: E-Mail:
2. Warenempfänger-Adresse („SHIP-TO“): (nur falls abweichend von 1.)	Tel: Fax: E-Mail:
3. Rechnungsadresse („BILL-TO“): (nur falls abweichend von 1.)	Tel: Fax: E-Mail:
Zustellung der Rechnungen (bitte die gewünschte Option ankreuzen, keine Mehrfachauswahl möglich): <input type="checkbox"/> PDF-Format per E-Mail@..... <input type="checkbox"/> XML-Rechnung im Format „X-Rechnung“ per E-Mail:@..... <input type="checkbox"/> XML-Rechnung im Format „X-Rechnung“ via PEPPOL Leitweg ID: <input type="checkbox"/> XML-Rechnung im Format „ZUGFeRD“ per E-Mail:@.....	
Name Ansprechpartner/in:	Tel. (optional):
E-Mail für Notfälle und wichtige Mitteilungen, z.B. Produktrückruf:@.....	Mobiltelefon (optional):

Umsatzsteuer-ID-Nummer: DE _____	Bitte unbedingt angeben. Danke!
Unterschrift/Stempel Apotheker/in:	Datum: