

Anmälan skickas till: ICTHS, Bokhandlargränd 4, 827 32 LJUSDAL
 eller via e-post: vardkundforetag@kronansapotek.se

Vänligen skriv tydligt. Samtliga fält är obligatoriska och måste vara korrekt ifyllda för att kunna behandlas av Kronans Apotek.

Företagsuppgifter

Företagsnamn	Organisationsnummer
Verksamhetschef/Kontaktperson	Kundnummer befintlig kund
E-postadress	Telefonnummer
Leveransadress (ej boxadress)	Mobitelefonnummer
Fakturaadress	
Välj faktureringsätt:	
<input type="checkbox"/> Pappersfaktura	Pappersfakturan skickas till den fakturaadress som angetts ovan.
<input type="checkbox"/> PDF-faktura via mail	Ange e-postadress
<input type="checkbox"/> E-faktura	Ange GLN-nummer

Behörighet att rekvirera läkemedel och/eller andra varor

Verksamhetsinriktning			
<input type="checkbox"/> Sjukvård	<input type="checkbox"/> Tandvård	<input type="checkbox"/> Veterinär	
<input type="checkbox"/> Annan verksamhet. Ange vilken typ:			
Behörig beställare - innehavare av förskrivningsrätt.			Personnummer
Namn		E-postadress	Telefonnummer
Yrke		Förskrivarkod	
Ort / Datum / Sign			
Fler beställare - behörig förskrivare eller delegerad beställare. Enligt Kronans Apoteks användarvillkor. Behörig beställare ansvarar för att giltig delegering som finns enligt SOSFS 1997:14			
Namn	E-postadress	Yrke	Telefonnummer

Underskrift av firmatecknare/verksamhetsansvarig

 Namnteckning

 Namnförtydligande

 Tjänsteställe

Kreditupplysning sker för samtliga kunder. För elektronisk beställning gäller de köpvillkor som finns publicerade på kronansapotek.se.

Hur Kronans Apotek behandlar dina personuppgifter kan du läsa om [här](#).