|  |  |
| --- | --- |
| **Customer Qualification Form – Biogen Belgium** | **Form**-**116688** |
| Ref PRCD-66715 |



Geachte heer/mevrouw,

**Klantengegevens**

Wilt u dit formulier invullen en terugsturen via E**-**mail naar

biogenbelgien.hotline@arvato-scs.com of per fax: 02/219.79.18

Indien u vragen heeft kunt u onze Service-Hotline bereiken via het telefoonnummer

**02/219.25.97** tussen 8u-17u

 **Apotheek Groothandel Ziekenhuisapotheek**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam van de Apotheek |  |
|  Naam eigenaar Apotheek *Indien verschillend van de naam van de apotheek* |  |
| Vergunningsnr. of APB Nr. |  |
| Straat en nummer |  |
| Postcode |  |
| Plaatsnaam |  |
| Telefoon |  |
| e-mail |  |
| BTW nummer |  |
| Openingsuren apotheek |  |
| Naam van de Groothandel  |  |
|  Facturatieadres  *Indien verschillend van het leveringsadres* |  |

**Rekening als PDF per E-Mail Ja: Nee:**

Handtekening + Stempel Plaats + Datum

In te vullen door Biogen / Arvato Customer Service Center:

|  |  |
| --- | --- |
| Wholesaler distributor (license available) or | Approval given (signature Resp. Person or delegate) |
| Hospital pharmacy or |
|  Pharmacy with license |

Met vriendelijke groet,

*ARVATO CUSTOMER CARE*