

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



Klantengegevens

Geachte heer/mevrouw,

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

Rekening als PDF per E-Mail Ja: Nee:

Handtekening + Stempel

Plaats + Datum

In te vullen door Biogen / Arvato Customer Service Center:

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Wholesaler distributor (license available) or | Approval given (signature Resp. Person or delegate) |
| <input type="checkbox"/> Hospital pharmacy or | |
| <input type="checkbox"/> Pharmacy with license | |

Met vriendelijke groet,

ARVATO CUSTOMER CARE