

Datum

Ifylld blankett skickas via e-post till:

vardkundforetag@kronansapotek.se

För att ansökan ska behandlas måste blanketten fyllas i elektroniskt. Fälten är obligatoriska om inget annat anges och måste vara korrekt ifyllda för att kunna behandlas.

Apotekskontakt

Har du varit i kontakt med ett apotek, vänligen uppge vilket apotek och ort

Företagsuppgifter

Bolagsnamn (enligt organisationsnumret)		Organisationsnummer
Namn på verksamhet eller klinik (om ej samma som bolagsnamn)		Arbetsplatskod (ej veterinär)
Fakturauppgifter		
Adress inkl ev. FE/BOX referens		Postnummer och ort
Övrig informanton (ex. kostnadsställe och referens)		
Välj faktureringsätt		
Ange e-postadress		
PDF-faktura via mail		
Ange GLN-nummer		
E-faktura		
Pappersfaktura Pappersfaktura skickas till den fakturaadress som angetts ovan		
Leveransadress (ej boxadress)		Postnummer och ort
Gatunamn		
Namn på verksamhetschef/kontaktperson		
E-postadress till kontaktperson		Telefonnummer kontaktperson

För verksamhet/företag i behov av rekvirera läkemedel

Befattning ansvarig behörig förskrivare		Annan befattning (ex. optiker, sjökaptan, barnmorska, tandhygienist)
Veterinär	Läkare	Tandläkare
Namn ansvarig behörig förskrivare		Personnummer
		Förskrivarkod/Veterinärnummer
E-postadress till ansvarig behörig förskrivare		Telefonnummer och/eller mobilnummer till ansvarig behörig förskrivare
Ort och datum		Namnteckning ansvarig behörig förskrivare

För verksamhet/företag i behov av att enbart beställa handelsvaror och/eller tjänster

Typ av verksamhet	Namn på ansvarig beställare
E-postadress till ansvarig beställare	Telefonnummer

Underskrift av firmatecknare/verksamhetschef

Namnteckning

Namnförtydligande

Datum och ort

Kreditupplysning sker för samtliga kunder. För elektronisk beställning gäller de användarvillkor som finns publicerade på

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