

Sehr geehrte Frau Apotheker, sehr geehrter Herr Apotheker,

damit Sie der APOVERLAG optimal betreuen kann, benötigen wir Ihre Unterstützung. Bei Neugründung Ihrer Apotheke bitten wir Sie, nachstehendes Formular auszufüllen und anschließend an uns zu faxen oder zu mailen.

Sollten sich lediglich die Daten bei Ihrer bestehenden Apotheke geändert haben, so bitten wir Sie ebenfalls, anhand dieses Formulars, uns diese Änderungen bekannt zu geben. Selbstverständlich werden die Daten vertraulich behandelt.

Wir bedanken uns für Ihre Mühe.

o Neueröffnung		o Änderung	
Eröffnungs-/Änderungsdatum:			
Betriebsnummer*:			
Apothekename*:			
UID-Nr.:			
Filialapotheke*: o		Anstaltsapotheke*: o	
Straße*:			
PLZ/Ort*:		Bundesland*:	
Telefonnummer*:		Faxnummer*:	
Derzeit erreichbar unter:			
E-Mail*:		Homepage*:	
Exakter Firmenwortlaut lt. Firmenbuch*:			
Konzessionär*:			
Pächter*:			
Ein(e) leitungsberechtigte(r) ApothekerIn, der/die die öffentliche Apotheke zum Fortbetrieb gepachtet hat und diese Verpachtung von der Apothekerkammer genehmigt ist			
Leiter*:			
Eine öffentliche Apotheke, die nicht von dem/der KonzessionsinhaberIn oder von dem/der PächterIn geleitet wird, ist durch eine(n) verantwortliche(n) LeiterIn zu führen.			
Bankinstitut:			
IBAN:		BIC:	
Bankeinzug:		o ja	o nein
Öffnungszeiten*:		Mittags geöffnet*: o ja	o nein
		Nachtdienstgruppe*:	

Die mit * gekennzeichneten Felder werden unentgeltlich im Apotheken-Telefonregister des Österreichischen Apotheker-Verlages mit Ihrem Einverständnis veröffentlicht. Informationen zum Datenschutz finden Sie unter Datenschutzbestimmungen auf www.apoverlag.at.

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an unsere Verkaufsabteilung, wahlweise per Mail: verkauf@apoverlag.at oder per Fax: 01/402 35 88-541.
Telefonische Rückfragen bitte unter 01/402 35 88-12