

Formular für Neukunden: Ambulante Einrichtungen



Dieses Formular ist durch den Neukunden auszufüllen.

Warenempfänger

Name der ambulanten Einrichtung, ggf. Arztnamen:	Stempel der ambulanten Einrichtung: (kann auch digital eingefügt werden, wenn vorhanden)
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	

Ansprechpartner für Rückfragen zu Lieferscheinen

Name u./o. Abteilung:
Telefon, Fax:
E-Mailadresse:

Ansprechpartner für Rückfragen zu Bestellungen

Name u./o. Abteilung:
Telefon, Fax:
E-Mailadresse:

Ansprechpartner für vorsorgliche Rückforderungen oder Rückrufe

Name u./o. Abteilung:
Telefon, Fax:
E-Mailadresse:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:
Bevorzugte Kommunikationsform: <input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Telefon

Formular für Neukunden: Ambulante Einrichtungen



Dieses Formular ist durch den Neukunden auszufüllen.

Ansprechpartner bei Transfusionsreaktionen

Name u./o. Abteilung (Transfusionsmediziner/Stufenplanverantwortlicher):		
Telefon, Fax:		
E-Mailadresse:		
Straße, Hausnummer:		
PLZ, Ort:		
Bevorzugte Kommunikationsform:	<input type="checkbox"/> E-Mail	<input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Telefon

Gewünschte Belieferung ab

--

Dieses Formular bitte per E-Mail an folgende Mailadresse zurücksenden:

Neukunden@Haema.de

Eine Zusendung via Fax kann nicht bearbeitet werden.