

Formular für Neukunden: Krankenhaus und Klinik



Dieses Formular ist durch den Neukunden auszufüllen.

Auftraggeber (Geschäftspartner, der Lieferungen oder Dienstleistungen veranlasst)

Name der Einrichtung,	
ggf. Abteilung:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	

Rechnungsempfänger (Geschäftspartner, an den die Rechnung gesandt wird)

Name der Einrichtung,	
ggf. Abteilung:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	

Regulierer (Geschäftspartner, der Zahlungen leistet)

Name der Einrichtung,	
ggf. Abteilung:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	

Warenempfänger (Geschäftspartner, an den die Waren geliefert werden)

Name der Einrichtung,	
ggf. Abteilung:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	

E-Mailadresse für Rechnungsversand

--

bei Rechnungsversand via E-Rechnung

Umsatzsteueridentnummer (USt.-ID):	E-Rechnungsformat:
Leitweg-ID:	<input type="checkbox"/> ZUGFeRD
	<input type="checkbox"/> XRechnung

Ansprechpartner Buchhaltung/Rechnungswesen

Name:	
Telefon:	
E-Mailadresse:	

Formular für Neukunden: Krankenhaus und Klinik



Dieses Formular ist durch den Neukunden auszufüllen.

E-Mailadresse für Versand digitaler Lieferscheine (DGTI-File)

--

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

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

Bereich Haema Key Account: Interne Bearbeitung

Auszufüllen durch Haema Key Account Manager



Auftraggeber (Geschäftspartner, der Lieferungen oder Dienstleistungen veranlasst)

Name der Einrichtung,	
ggf. Abteilung:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	

Warenempfänger (Geschäftspartner, an den die Waren geliefert werden)

Name der Einrichtung,	
ggf. Abteilung:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	

Reguläre kostenfreie Transporte

--

Transportkosten

	€
--	---

Preise

Erythrozytenkonzentrate, alle Blutgruppen	€
Erythrozytenkonzentrate bestrahlt, alle Blutgruppen	€
Thrombozytapheresekonzentrate, pathogenreduziert	€
Gefrorenes Frischplasma (Preis pro ml)	€
Immunhämatologische Leistungen	Abrechnung lt. GOÄ mit Faktor 1,0 Montag bis Freitag zwischen 20:00 und 07:00 Uhr sowie mit Faktor 2,0 an Wochenenden und Feiertagen
Wenn kein Vertrag vorliegt, ist für weitere Preisvereinbarungen ein Preisblatt auszufüllen und an Customer Service zu übermitteln.	

Bemerkungen

--

Kundennummer nach Neuanlage

Warenempfänger SAP:
