

Kwestionariusz kwalifikacji apteki

CZĘŚĆ I: DANE PŁATNIKA/ODBIORCY - Wypełnia Pracownik Apteki / Działu Farmacji Szpitalnej / Punktu Aptecznego			
Płatnik	Nazwa		
	Adres		
	NIP		
	REGON		
Odbiorca (apteka)	Nazwa		
	Adres		
	Nr zezwolenia		
	Telefon kontaktowy i e-mail		
Rodzaj działalności	<input type="checkbox"/> Apteka otwarta (ogólnodostępna)	<input type="checkbox"/> Apteka szpitalna / Dział Farmacji Szpitalnej	<input type="checkbox"/> Punkt apteczny
Numer z rejestru aptek (Medical ID)			
Czy jest wymóg wycofania numerów SN przed wysyłką produktów?*	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
<small>*Podlegająca pod artykuł 78 – dotyczy aptek zakładowych, o których mowa w art.87 rodzaje aptek ust.1 pkt 3 Prawo Farmaceutyczne, dotyczy wycofania kodów SN z systemu KOWAL przez dostawcę</small>			
Apteka otwarta zwolniona z I-N	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY
Imię i nazwisko Kierownika Apteki / Działu Farmacji Szpitalnej / Punktu Aptecznego			
Imię i nazwisko osoby wypełniającej formularz			

CZĘŚĆ II: KWALIFIKACJA ODBIORCY - Wypełnia Pracownik Działu ZJ Lek S.A.			
Weryfikacja apteki	Status w Rejestrze Aptek i kwalifikacja	<input type="checkbox"/> AKTYWNA	<input type="checkbox"/> NIEAKTYWNA
	Data i podpis Osoby Odpowiedzialnej		
Uwagi:			
SAP MEDICAL ID ZSMOPL:			
SAP płatnik:		SAP odbiorca:	

Data i podpis _____