



## FITXA D'ALTA CLIENT

- **NOM DE LA FARMÀCIA:** .....
- **RAÓ SOCIAL:** .....
  - CARRER: .....
  - NÚMERO: .....
  - CODI POSTAL: .....
  - POBLACIÓ: .....
- **NIF DE LA FARMÀCIA:** .....
- **PERSONA DE CONTACTE:** .....
- **FARMACÈUTIC/A RESPONSABLE:** .....
- **TELÈFONO DE CONTACTE:** .....
- **FAX:** .....
- **@MAIL:** .....
- **DADES BANCARIES:**
  - CONDICIONS DE PAGAMENT: 30 DÍAS
  - FACTURACIÓ AMB RECÀRREC D'EQUIVALÈNCIA :     SI     NO
  - FORMA DE PAGAMENT: DOMICILIACIÓ BANCÀRIA
  - NÚMERO DE COMPTE DE LA FARMÀCIA: .....
- **FORMA D'ENVIAMENT (Marcar Opció):**
  - RECOLLIDA EN FARMACIA
  - SERVEI DE MISSATGERIA
  - MAJORISTA (FEDERACIÓN FARMACÉUTICA): INDICAR Nº SOCI I RUTA (\*)
  - MAJORISTA (HEFAME): INDICAR Nº SOCI I RUTA (\*)

**(\*) EN CAP CAS FARMACIA AVEL·LÍ XALABARDER MIRAMANDA ES FARÀ CÀRREC DE LA PÈRDUA DE LA**

**FÒRMULA MAGISTRAL UN COP ENTREGADA A MAJORISTA.**