



FICHA DE ALTA CLIENTE

- **NOMBRE DE LA FARMACIA:**
- **RAZÓN SOCIAL:**
- CALLE:
- NÚMERO:
- CÓDIGO POSTAL:
- POBLACIÓN:
- **NIF DE LA FARMACIA:**
- **PERSONA DE CONTACTO:**
- **FARMACÉUTICO/A RESPONSABLE:**
- **TELÉFONO DE CONTACTO:**
- **FAX:**
- **@MAIL:**
- **DATOS BANCARIOS:**
 - CONDICIONES DE PAGO: 30 DÍAS
 - FACTURACION CON RECARGO DE EQUIVALENCIA : SI NO
 - FORMA DE PAGO: DOMICILIACIÓN BANCARIA
 - NÚMERO DE CUENTA DE LA FARMACIA:
- **FORMA DE ENVÍO (Marcar Opción):**
 - RECOGIDA EN FARMACIA
 - SERVICIO DE MENSAJERÍA
 - MAYORISTA (FEDERACIÓN FARMACÉUTICA: INDICAR Nº SOCIO Y RUTA (*))
 - MAYORISTA (HEFAME): INDICAR Nº SOCIO y RUTA (*)

(*) EN NINGÚN CASO FARMACIA AVEL·LÍ XALABARDER MIRAMANDA SE HARÁ CARGO DE LA PÉRDIDA DE LA

FÓRMULA MAGISTRAL UNA VEZ ENTREGADA A MAYORISTA.