



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.