



## 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.**