



## טופס פתיחת לקוח חדש

תאריך: \_\_\_\_\_

שם הלקוח / המוסד: \_\_\_\_\_

ח.פ: \_\_\_\_\_

שם הבעלים ומספר ת"ז: \_\_\_\_\_

קבוצת השתייכות (בית אבות/מוסד/בי"ח/מרפאה/אחר): \_\_\_\_\_

שם הסוכן: \_\_\_\_\_

מס' טלפון: \_\_\_\_\_ נייד: \_\_\_\_\_

פקס: \_\_\_\_\_ אימייל: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_

כתובת למשלוח דואר: \_\_\_\_\_

איש קשר קניית: \_\_\_\_\_ טל' ישיר: \_\_\_\_\_

איש קשר הנה"ח: \_\_\_\_\_ טל' ישיר: \_\_\_\_\_

ימי אספקת סחורה: \_\_\_\_\_ שעות אספקה רצויות: \_\_\_\_\_

תנאי תשלום: שוטף + 60 יום

צורת תשלום מבוקשת: העברה בנקאית/מזומן/הוראת קבע/שיק

צורת חיוב מועדפת: חשבונית בכל משלוח/אספקה בתעודת משלוח וחשבונית בסוף החודש

מקסימום אשראי פתוח מבוקש (אובליגו): \_\_\_\_\_

### פרטי בנק:

שם הבנק: \_\_\_\_\_ סניף: \_\_\_\_\_ מס' חשבון: \_\_\_\_\_

הערות: \_\_\_\_\_

חתימה + חותמת לקוח: \_\_\_\_\_

יש לצרף לטופס זה אישור לרכישת תרופות / אישור רוקח אחראי/רישיון רופא

### לשימוש פנימי

אישור מנהל: \_\_\_\_\_ אישור הרוקח: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_