**ECZA DEPOSU BİLGİ FORMU**

**(Ecza Deposu Açılışlarında, Nakillerinde ve Mesul Müdür Değişikliğinde doldurulacaktır.)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| GLN no\*: | |  | |
| Ecza deposu adı: | |  | |
| Ecza deposu adresi: | |  | |
| Telefon ve faks numarası: | |  | |
| E-posta adresi: | |  | |
| İrtibat kişisi\*\*: | |  | |
| Adı: | |  | |
| Soyadı: | |  | |
| Telefon numarası: | |  | |
| E-posta adresi: | |  | |
| Mesul Müdür: | |  | |
| Adı: | |  | |
| Soyadı: | |  | |
| Telefon numarası: | |  | |
| TC kimlik numarası: | |  | |
| **Uygun durumu işaretleyiniz\*\*\*:** | |  | |
| * Şirket deposu | |  | |
| * Şahıs deposu | |  | |
| * Ecza Kooperatifi deposu | |  | |
| **Uygun faaliyet/faaliyetleri işaretleyiniz\*\*\*\*:** | |  | |
| * Eczanelere toptan dağıtım | |  | |
| * İlaç ihracatı | |  | |
| * Şahsi tedavi amacıyla ilaç ithalatı | |  | |
| * İhale yolu ile kurum ve kuruluşlarına ilaç tedariki | |  | |
| * Hammadde depolama | |  | |

\*GLN numarası varsa yazılmalıdır.

\*\*İrtibat kişisi mesul müdür dışında ulaşılabilecek biri olmalıdır.

\*\*\*Merkez depo ise belirtiniz.

\*\*\*\* Varsa açıklama yazınız.

İrtibat kişisi adı soyadı imza Mesul Müdür adı soyadı imza