**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