

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***:	
<input type="checkbox"/> Şirket deposu	
<input type="checkbox"/> Şahıs deposu	
<input type="checkbox"/> Ecza Kooperatifi deposu	
Uygun faaliyet/faaliyetleri işaretleyiniz****:	
<input type="checkbox"/> Eczanelere toptan dağıtım	
<input type="checkbox"/> İlaç ihracatı	
<input type="checkbox"/> Şahsi tedavi amacıyla ilaç ithalatı	
<input type="checkbox"/> İhale yolu ile kurum ve kuruluşlarına ilaç tedariki	
<input type="checkbox"/> 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