HURTAP SA	Formularz **Ankieta kwalifikacji nabywcy/klienta**	Numer dokumentu **P/HURTAP/02/HF/F-01**	
		Strona 1 z 1	Numer kopii .....
		Wydanie 1 z dn. 19-01-2016	

PEŁNA NAZWA NABYWCY/KLIENTA	
NR KRS	
NR NIP	
NR REGON	
NR ID z rejestru GIF	
Dokładny adres prowadzenia działalności	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Ulica	
Numer budynku/numer lokalu	
Rodzaj działalności (należy zaznaczyć właściwe)	
☐ Hurtownia Farmaceutyczna ☐ Apteka ☐ Punkt apteczny ☐ Podmiot leczniczy, rodzaj placówki	
Numer i kopia zezwolenia na prowadzenie działalności	
Osoba Odpowiedzialna/ Kierownik Apteki; punktu aptecznego; innej placówki* *wpisać właściwe (imię i nazwisko)	
Numer telefonu	
Adres e-mail	
Osoba do kontaktu w sprawie wstrzymania/wycofania (imię i nazwisko)	
Numer telefonu	
Adres e-mail	

DATA	PODPIS OSOBY WYPEŁNIAJĄCEJ FORMULARZ

NABYWCA/ KLIENT