FORMULARZ KWALIFIKACJI ODBIORCY

CZĘŚĆ I: DANE NABYWCY		
1. NAZWA FIRMY:		
2. ADRES SIEDZIBY FIRMY:		
3. REGON *(9 lub 14 znaków):*	**4. NIP:**	**5. KRS** *(jeśli występuje):*
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _	……

CZĘŚĆ II: DANE I PROFIL ODBIORCY	
6. NAZWA ODBIORCY *(jeśli inna niż nabywcy)*	**7. ADRES ODBIORCY/ADRES DOSTAWY** *(jeśli inny niż adres nabywcy)*
8. IMIĘ I NAZWISKO DANE OSOBY ODPOWIEDZIALNEJ (po stronie Odbiorcy za wstrzymanie lub wycofanie produktu leczniczego)	
9. NR TELEFONU OSOBY ODPOWIEDZIALNEJ:	
10. ADRES E-MAIL OSOBY ODPOWIEDZIALNEJ:	
11. PROFIL DZIAŁALNOŚCI ODBIORCY *(zaznacz właściwe i uzupełnij jeśli wymagane)*	
☐ podmiot leczniczy ☐ hurtownia farmaceutyczna ☐ praktyka zawodowa lekarzy, dentystów, pielęgniarek, położnych	☐ inny podmiot (*Prosimy o wskazanie odpowiedniego punktu z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 kwietnia 2022 r. w sprawie podmiotów uprawnionych do zakupu produktów leczniczych w hurtowniach farmaceutycznych z późn. zm. (Dz.U.2022poz.852)* ……..
12. IDENTYFIKATOR ODBIORCY W REJESTRACH MEDYCZNYCH / NR ZEZWOLENIA: (jeśli występuje)	
Potwierdzam zgodność przekazanych danych oraz zobowiązuje się informować **Temis sp. z o.o.** o jakichkolwiek zmianach, które mogą mieć wpływ na bezpieczeństwo, jakość produktu oraz prawidłową realizację zamówienia.	

Do formularza proszę załączyć: dokument KRS lub wyciąg z CEiDG; zezwolenia i certyfikaty lub inną dokumentacje potwierdzającą uprawnienia do zakupu produktów leczniczych w hurtowniach farmaceutycznych.

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że reprezentowany przeze mnie podmiot uprawniony jest do zakupu w hurtowni farmaceutycznej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 7 kwietnia 2022 r. w sprawie podmiotów uprawnionych do zakupu produktów leczniczych w hurtowniach farmaceutycznych z późn. zm. (Dz.U. 2022 poz. 852).

…….. ……..
(Miejscowość i data) *(Czytelny podpis odbiorcy/zamawiającego)*

WYNIK KWALIFIKACJI - WYPEŁNIA TEMIS Sp. z o.o.

ZATWIERDZENIE ODBIORCY	☐ **TAK** ☐ **NIE**

…….. ……..
(data zatwierdzenia) *(Podpis Osoby Odpowiedzialnej)*