

**Bitte senden Sie dieses Antwortformular an folgende**

**E-Mail-Adresse: [cspostfach@its.jnj.com](mailto:cspostfach@its.jnj.com) oder per Fax: 0800-0112357**

## **Bestellformular für Notfälle – Emergency Delivery**

Wir haben derzeit Schwierigkeiten, das/die folgende(n) Produkt(e) von unseren Großhändlern zu erhalten, und wir benötigen diese Produkte aufgrund eines dringenden, tatsächlichen Patientenbedarfs. Wie unter diesen außergewöhnlichen Umständen üblich, möchten wir den Direktlieferdienst von Janssen nutzen.

**Janssen-Kunden-Nr. (wenn bekannt):** \_\_\_\_\_

**Apotheken Name:** \_\_\_\_\_

**Apotheken-Stempel**

**Lieferadresse:** \_\_\_\_\_

**Kontaktperson Apotheke:** \_\_\_\_\_

**Telefonnummer:** \_\_\_\_\_

Bitte beachten Sie, dass wir ausschließlich an die Apothekenadresse liefern.

### **Erklärung / Bestätigung (\*Pflichtfelder)**

Hiermit bestätige ich, dass ich mich mit dem unten genannten Großhändler in Verbindung gesetzt habe und, dass ich die angegebenen Produkte über meinen Großhandel nicht beziehen kann.

**Name des Großhandels:** \_\_\_\_\_

**Datum/Unterschrift:** \_\_\_\_\_

### **Bestellung (\*Pflichtfelder)**

Bitte geben Sie die genaue Artikelbezeichnung, sowie die Öffnungszeiten der Apotheke am Liefertag an, um eine reibungslose Lieferung zu gewährleisten.

**Produkt:** \_\_\_\_\_ **Anzahl:** \_\_\_\_\_  
(PZN + Bezeichnung)

**Gewünschtes Lieferdatum & Uhrzeit:** \_\_\_\_\_  
(für eventuelle Kurierlieferung)

**Öffnungszeiten am Liefertag:** \_\_\_\_\_

Bitte beachten Sie, dass ein unvollständig ausgefülltes Formular Verzögerungen in der Lieferung verursachen kann. Um die Belieferung für die Patient:innen schnellstmöglich zu versorgen, bitten wir sie daher, das Formular vollständig auszufüllen und Ihre Bestellung bis spätestens 15 Uhr aufzugeben.