

Bestellformular SPRAVATO® (Esketamin Nasenspray)

Bestelladresse: Janssen-Cilag GmbH, Customer Service, Johnson & Johnson Platz 1, 41470 Neuss

RECHNUNGSANSCHRIFT APOTHEKE

(= Lieferadresse Apotheke)

Kundennummer*

Name der Apotheke*

Name (Apothekeninhaber/-in)*

Straße / Hausnummer*

Adresszusatz (falls zutreffend)

PLZ / Ort*

Telefon*

Telefax*

Ansprechpartner/-in der Apotheke

Kundenauftragsnummer

AUSSCHLIESSLICH FÜR KLINIKEN:



SPRAVATO® 28 mg Nasenspray

(24er Packung) PZN 16583127

Bitte Anzahl eintragen

E-MAIL-BESTELLUNG:

cspostfach@its.jnj.com

FAXBESTELLUNG:

0800 01 123 57 (gebührenfrei)

TELEFONISCHE BESTELLUNG:

0800 79 100 10 (gebührenfrei)

Liefer- und Vertragskonditionen

Leistungen und Lieferungen erfolgen ausschließlich gemäß unseren Allgemeinen Vertriebsbedingungen (AVB). Die AVB habe ich zur Kenntnis genommen. Darüber hinaus ist mir bekannt, dass die AVB unter <http://www.janssen.com/germany> unter dem Link „Unternehmen/Einkaufs- und Verkaufsbedingung“ und die Retourenregelung unter <https://www.janssen.com/germany/customer-service> jederzeit eingesehen werden können. Ich stimme diesen jeweils gültigen AVB ausdrücklich zu.

Datenschutz

Die Übermittlung der personenbezogenen Daten erfolgt ausschließlich zu dem mit den zuständigen Behörden (EMA und BfArM) vereinbarten Zweck der Gewährleistung, dass Institutionen/Abteilungen das Schulungsmaterial erhalten haben.

VERORDNENDE INSTITUTION / ABTEILUNG

Institut / Abteilung*

Abteilung

Straße / Hausnummer*

PLZ / Ort*

ABWEICHENDE LIEFERADRESSE APOTHEKE

Firma

Straße / Hausnummer

Adresszusatz (falls zutreffend)

PLZ / Ort

Ort, Datum

Unterschrift (Apotheker/in)

Stempel

Felder mit * müssen ausgefüllt werden.