



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
Compania Națională "UNIFARM" S.A.

Adresa: Str. Av. Stefan Sănătescu 48, Sector 1 - București - România
Nr. Inreg. Reg. Com. J40/2908/1999; CUI: RO 11653560
Cont: RO02 RNCB 0072 0496 8738 0001 - BCR Sect. 1;
Tel: 021.319.28.84; Fax: 021.319.28.89; E-mail: office@unifarm.ro;
Site: www.unifarm.ro



C.N. "UNIFARM" S.A.

CHESTIONAR DE CALIFICARE/ RECALIFICARE CLIENT

Stimate client,

Ca urmare a preocupărilor constante a companiei noastre de a îmbunătăți calitatea serviciilor prestate și de a se alinia la cerințele Ghidului de Bună Practică de Distribuție, vă rugăm să ne transmiteți completat acest formular la numărul de fax _____ sau pe e_mail: canaldeurgenta@unifarm.ro, în vederea realizării calificării/recalificării dvs.

Scopul colectării datelor: inițierea/ executarea contractelor cu clienții; calificarea clienților; îndeplinirea obligațiilor legale și de funcționare; eficientizarea comunicării; eficientizarea procesului de livrare; centralizarea și interpretarea statistică a datelor, în vederea îmbunătățirii calității serviciilor prestate.

Vă mulțumim!

1. DATE DE IDENTIFICARE – CLIENT	
1.1 Client:	
1.2 Adresa (de facturare, a sediului social):	
1.3 Persoane de contact: (nume, prenume, funcție)	1.4 Email:
1.5 Telefon:	1.6 Fax:
1.7 Cont bancar:	1.8 Program de funcționare:
1.9 Adresa de livrare <input type="checkbox"/> coincide cu adresa de facturare <input type="checkbox"/> este diferită de adresa de facturare, respectiv: _____	1.10 Disponibilitate interval orar la adresa de livrare:

2. CATEGORIE CLIENT	
După istoricul de colaborare	După tipul de autorizație deținută
<input type="checkbox"/> Client nou	<input type="checkbox"/> farmacie de circuit deschis
<input type="checkbox"/> Punct de lucru nou	<input type="checkbox"/> spital/ clinică
<input type="checkbox"/> Actualizare informații (recalificare)	<input type="checkbox"/> distribuitor angro
	<input type="checkbox"/> altă unitate autorizată _____

3. DETALII PRIVIND AUTORIZAȚIILE DEȚINUTE (vă rugăm să ne atașați la prezentul și o copie a acestora)			
Denumire document	Numărul	Data emiterii	Data expirare (dacă este cazul)
3.1 Certificatul de înmatriculare a societății			
3.2 Certificatul constatator (dacă activitatea se desfășoară în altă parte decât sediul social)			
3.3 Autorizație de funcționare eliberată de Ministerul Sănătății			
3.4 Autorizație de distribuție angro (dacă este cazul)			
3.5 Certificatul de bună practică de distribuție (dacă este cazul)			
3.6 Autorizația necesară pentru activitatea cu			



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
Compania Națională "UNIFARM" S.A.

Adresa: Str. Av. Ștefan Sănătescu 48, Sector 1 - București - România
Nr. Inreg. Reg. Com. J40/2908/1999; CUI: RO 11653560
Cont: RO02 RNCB 0072 0496 8738 0001 - BCR Sect. 1;
Tel: 021.319.28.84; Fax: 021.319.28.89; E-mail: office@unifarm.ro;
Site: www.unifarm.ro



C.N. "UNIFARM" S.A.

CHESTIONAR DE CALIFICARE/ RECALIFICARE CLIENT

stupefiante și psihotrope (dacă este cazul)			
--	--	--	--

Am luat cunoștință despre faptul că informațiile din prezentul înscris vor fi prelucrate de C.N. "UNIFARM" S.A. în conformitate cu legislația în vigoare privind protecția datelor cu caracter personal, exclusiv în scopurile menționate.

ÎNTOCMIT: Nume, prenume, funcția _____
Semnatura: _____

Data: _____