

**ADATLAP**  
**EDI rendszeren alapuló elektronikus számla elfogadására**  
(KÉRJÜK NAGY NYOMTATOTT BETŰKKEL KITÖLTENI!)

Szolgáltató/Forgalmazó cég neve: (vagy egyéni vállalkozó neve)		
Székhelye: (Cégbírósági bejegyzésben/ vállalkozói igazolványban szereplő címe)		
Levelezési címe:		
Képviselőre jogosultak neve és beosztása:		
Pénztári kapcsolattartó neve: (Pénztári ügyintézés érdekében, belső használatra)		
Telefon / fax száma:		
E-mail címe:		
Bankszámlaszáma:		
Adószáma:		Céggjegyzék száma:
Gyógyszertár elnevezése:		
Gyógyszertár címe:		
A hely működési/ÁNTSZ engedély száma:		
Szolgáltató/Forgalmazó OEP kódja:		
Honlap címe:		
Nyitvatartási idő:		

Fizetési módok:  POS terminál  Telefonos engedélyezés  VPOS Terminál - Webshop  
(Az elfogadott fizetési módot X-el jelölje)

POS terminál(ok) száma(i):	
POS terminált kihelyező bank neve:	
POS terminál(ok) száma(i):	
POS terminált kihelyező bank neve:	
VPOS Terminál azonosító: (Pénztár tölti ki)	Webshop IP címe:

Elektronikus számlázás EDI-n keresztül (A jelölés csak az ÁSZF szerződés aláírásával érvényes)

Corvax  LX-Line  Microszervíz  Pharmachip  Novodata  HC Pointer  Quadro Byte  Optrá

Egyéb: .....

Tagja-e valamelyik gyógyszerári láncnak? (pl.: Alma, Gyöngy, Szimpatika) .....

Dátum: ....., ..... év ..... hó ..... nap

.....  
Szolgáltató/Forgalmazó