

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Nazwa i adres apteki

.....

.....

Formularz sporządził/a	Imię	Nazwisko
Dane kontaktowe	telefon	e-mail
Adres zamieszkania	ulica	kod, miasto
Źródło informacji o franczyzie		
Zwrotny adres e-mail *	bok@aptekazmisiem.pl	

* prosimy o odesłanie scanu uzupełnionego formularza na wskazany adres e-mail



1. Dane ogólne		
Nazwa apteki		
Adres apteki (ulica, Miasto, kod pocztowy)		
Forma prawna apteki		
Właściciel apteki		
Data założenia apteki		
Typ apteki		
Położenie apteki	Market /Przychodnia/Szpital/ Osiedle / Centrum	
Godziny otwarcia	pn-pt:	sb: nd:
Nazwa oprogramowania w aptece		
Nazwa i krótki opis 1 -4 aptek konkurencyjnych	1.....	
	2.....	
	3.....	
	4.....	
Czy w najbliższym czasie planowane jest otwarcie nowej apteki? Jeżeli tak, jaki podmiot zamierza otworzyć aptekę?		
Instytucje w najbliższym otoczeniu apteki (przychodnia, supermarket, bazar itp.)		
Sposób otrzymywania rabatów od dostawców (zaznaczyć odpowiednie)	Rabaty na fakturze.....	
	Faktury korygujące do faktur zakupu towarów.....	
	Inne (jakie).....	



2. Główni dostawcy	Udział w %	Rabat w %	Termin płatności w dniach
1.			
2.			
3.			

3. Inne istotne informacje dotyczące apteki np. umowy z przedstawicielami farmaceutycznymi, lekarzami, grupami zakupowymi, itp.

--

4. Dochody w PLN		II kwartał 2013		II kwartał 2014		Ostatni miesiąc	
Wartość netto wg cen sprzedaży							
Wartość netto wg cen zakupu							
Zysk ze sprzedaży							
Marża % - detal							
Bonifikaty dla pacjentów							
Liczba pacjentów							
Liczba recept							
100%	Sp. odrębna						
Refundowane średnia marża detal	Umowne średnia marża detal						
Refundowane wartość wg cen zakupu	Umowne wartość wg cen zakupu						





Poniżej instrukcja postępowania, za pomocą której można szybko i wygodnie wygenerować potrzebne informacje.:

Tabela *Dochody* powinna być wypełniona według *KS-Apteka, raport w Zestawienia / Zysk całkowity*.

W punkcie *100 % Sp. odręczna* wg *Zestawienia / Sprzedaż / Całość sprzedaży*.

W punkcie *Refundowane umowne średnia marża detal i wartość wg cen zakupu - Zestawienia / Zyski / Marża zrealizowana ze sprzedaży*

W punkcie *Liczba pacjentów Liczba recept* wg *Zestawienia / Inne/ Raporty – Wzór Cefarm*

W razie pytań lub posiadania innego programu informatycznego niż *KS-Apteka*, prosimy o kontakt z biurem pod numerem (61) 307 72 21 lub na adres e-mail bok@aptekazmisiem.pl

