

PHOENIX Portal

Verifizierungsfax



Um sicherzustellen, dass nur Sie Zugang zu Ihren Daten und Dokumenten haben und um die rechtliche Forderung an geschützte Bereiche für Fachkreise zu erfüllen, schicken Sie uns bitte dieses Fax zur Bestätigung Ihrer Angaben. Vielen Dank.

Name des Apothekeninhabers /
der Apothekeninhaberin

IDF-Nummer (siebenstellig)

Fax-Nummer

E-Mail-Adresse
(in Großbuchstaben)

Datum und Unterschrift des Apothekeninhabers /
der Apothekeninhaberin

Apothekenstempel

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit meiner Angaben bei der Registrierung zum PHOENIX Portal und bitte um Freischaltung.

Hinweis: Wir nutzen Ihre E-Mail-Adresse neben der Vertragsabwicklung, um Sie über ähnliche Waren und Dienstleistungen zu informieren. Ihre Einwilligung in den Versand ist jederzeit widerruflich.

Einwilligung

Ich möchte zudem – jederzeit widerruflich – Werbung über aktuelle Angebote und Dienstleistungen von PHOENIX Pharmahandel GmbH & Co KG auch per Fax erhalten. Die Erteilung dieser Einwilligung ist freiwillig und jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerruflich (per E-Mail an service@phoenix-online.de oder per Fax an folgende Nummer 0621/ 8505-595).

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt entsprechend unserer Datenschutzerklärung, die Sie unter <http://www.phoenix-online.de> jederzeit abrufen können.

Bitte faxen an 0621 8505-595

Bei Rückfragen: E-Mail service@phoenix-online.de