

- Per Fax an die (0 69) 259 160 30 oder
- Per E-Mail an info@securpharm.de

TEILNAHMEERKLÄRUNG

Name der Apotheke & Ansprechpartner

Adresse

Telefon

Fax

E-Mail

Ja, ich habe vor kurzem einen zwei Kassenscanner erworben und nehme damit am securPharm-Projekt teil.

Ja, ich möchte die Unterstützung von securPharm von 50€ pro Scanner (bei maximal zwei Scannern) hiermit in Anspruch nehmen. Die umseitigen Teilnahmevoraussetzungen erkenne ich an.

Ja, ich nehme gern am Wettbewerb „Wer hat die meisten securPharm Abgaben des Monats“ teil und möchte im Gewinnfall, dass mein Name und der meiner Apotheke in der Pharmazeutischen Zeitung veröffentlicht werden. Im Aktionszeitraum (bis 30.9.2013) erhalte ich im Gewinnfall ein kleines Überraschungsgeschenk.

Ich bin schon registrierter Teilnehmer am securPharm-Projekt: ja nein

In unserer Apotheke setzen wir folgende Softwarelösung ein:

 mit System A3000

 mit SMART-PharmaComp

 mit Jump, Prokas, INFOPHARM® und Pharnasoft

 mit CIDAnova-Plus

 mit IXOS

Datum

Unterschrift / Stempel