**Antrag für Neu-Kunden und Mutationen (USZ, UZH)**

**Erläuterungen (Hilfe) können bei jedem Feld mit der Taste <F1> angefordert werden.**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Muss-Felder, bitte ausfüllen!** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Antrag** | | | |
|  | Neu-Kunde |  | Mutation |
| **Kurze Beschreibung (Begründung für Neu-Kunden-Antrag bzw. Grund für Mutation)** | | | |
|  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kundendaten** | | | | | | |
|  | Klinik des Universitätsspitals Zürich | | |  | Universität Zürich | |
| Bezeichnung  (**offizieller Klinikname bzw. UZH-Abteilung**) | | | |  | | |
| Strasse / Nr: | |  | | | |  |
| PLZ / Ort: | | 0000 |  | | | |
| Telefon (zB. 044 255 11 11) | |  | | | | |
| Sucher-Nr (zB. 181 124 000) | |  | | | | |
| Kostenstellen-Bezeichnung  (**Kostenstellenbezeichnung gemäss Controlling USZ / UZH**) | | | |  | | |
| Warenempfänger-KST-Nr. im USZ | | | | 000.000 | | |
| Kunden-Nr. in KAZ  (**bei Mutationen zwingend angeben**) | | | |  | | |
| Warenempfänger-Nr. in KAZ - WEMPF  (**bei Mutationen zwingend angeben**) | | | | 00000 | | |
| Station, Stationszimmer des Warenempfängers  (**Trakt, Stockwerk, Zimmer-Nr., Bezeichnung**) | | | |  | | |
| Lieferstelle (**Trakt, Stockwerk, Raum-Nr.**) | | | |  | | |

| **Personenbezogene Daten** | | |
| --- | --- | --- |
| **Antragsteller** | | |
| Name, Vorname, Titel |  | |
| Funktion |  | |
| Telefon (zB. 044 255 11 11) |  | |
| e-mail Adresse |  | |
| GLN-Nr. (falls vorhanden) |  | |
| **Datum, Unterschrift** | **16.08.2021** |  |
| **Verantwortliche Person** (falls abweichend vom Antragsteller) | | |
| Name, Vorname, Titel |  | |
| Funktion |  | |
| Telefon (zB. 044 255 11 11) |  | |
| e-mail Adresse |  | |
| GLN (falls vorhanden) |  | |
| **Datum, Unterschrift** | **16.08.2021** |  |

| **Lieferumfang (gewünschte Produktpalette ankreuzen)** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| Produktpalette | | | Benötigte Unterlagen (als Kopie beizulegen) |
|  | Betäubungsmittel | | Betäubungsmittelbewilligung und GLN-Nr. |
|  | Projektbezogene Arzneimittel | | Spezialbewilligung Forschungslabor |
|  | Sonstiges: |  | |
| Bemerkungen | | | |
|  | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Vorhandene Bewilligungen 🡺Kopien beilegen** | | | |
|  | Arzt mit GLN-Nr. | GLN-Nr. |  |
|  | Betäubungsmittelbewilligung | GLN-Nr. |  |
|  | Spezialbewilligung Forschungslabor |  | |
| Bemerkungen: | | | |
|  | | | |

**Unterzeichneter Antrag per Post retour an:**

**Kantonsapotheke Zürich, Kundenanträge, Spöndlistrasse 9, 8006 Zürich**

**oder**

**Unterzeichneter und eingescannter Antrag per mail an:**

**spitalapotheke@kaz.zh.ch**