**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**