**Antrag für Neu-Kunden und Mutationen (Externe)**

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Antrag** | | | |
|  | Neu-Kunde |  | Mutation |
| **Kurze Beschreibung (Begründung für Neu-Kunden-Antrag bzw. Grund für Mutation)** | | | |
|  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Kundendaten** | | | | | | | | | | |
|  | Spitalapotheke |  | | Heimapotheke | | | |  | Öffentliche Apotheke | |
|  | ärztliche Privatapotheke |  | Andere: | | |  | | | | |
| Kundennummer  (**bei Mutationen zwingend angeben**) | | | | | | |  | | | |
| Bezeichnung Kunde / Firma  (**Rechnungsadresse**) | |  | | | | | | | | |
| Strasse / Nr: | |  | | | | | | | |  |
| PLZ / Ort: | | 0000 | | |  | | | | | |

| 1. **Lieferadresse (wenn abweichend von Rechnungsadresse)** | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Bezeichnung Kunde / Firma |  | | | | |
| Strasse / Nr: |  | | |  |
| PLZ / Ort: | 0000 |  | | |
| e-mail Adresse bestellende Person | | |  | |
| Telefon allgemein (zB. 044 255 11 11) | | |  | |

| 1. **Personenbezogene Daten** | | |
| --- | --- | --- |
| **Antragsteller** | | |
| Name, Vorname, Titel |  | |
| Funktion |  | |
| Telefon (zB. 044 255 11 11) |  | |
| e-mail Adresse |  | |
| GLN-Nr. (falls vorhanden) |  | |
| **Datum, Unterschrift** | **18.08.2021** |  |
| **Verantwortliche Person** (falls abweichend vom Antragsteller) | | |
| Name, Vorname, Titel |  | |
| Funktion |  | |
| Telefon (zB. 044 255 11 11) |  | |
| e-mail Adresse |  | |
| GLN (falls vorhanden) |  | |
| **Datum, Unterschrift** | **18.08.2021** |  |

| 1. **Lieferumfang (gewünschte Produktpalette ankreuzen)** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| Produktpalette | | | Benötigte Bewilligungen |
|  | Arzneimittel | | Detail- / Grosshandelsbewilligung oder GLN |
|  | Betäubungsmittel | | Betäubungsmittelbewilligung und GLN |
|  | Formulaprodukte der Kantonsapotheke Zürich  **🡺 Zwingend Punkt 8. Vereinbarung betreffend Lohnherstellung ausfüllen** | | Herstellbewilligung |
|  | Projektbezogene Produkte | | Spezialbewilligung Forschungslabor |
|  | Sonstiges: |  | |
| Bemerkungen | | | |
|  | | | |

| 1. **Lieferbedingungen** | |
| --- | --- |
|  | Abholung |
|  | Postversand |
|  | Individuell |

| 1. **Vorhandene Bewilligungen 🡺Kopien beilegen** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Detailhandelsbewilligung | Gültig bis: |  |
|  | Grosshandelsbewilligung | Gültig bis: |  |
|  | Arzt mit GLN-Nr. | GLN-Nr. |  |
|  | Betäubungsmittelbewilligung | GLN-Nr. |  |
|  | Herstellbewilligung (Kantonale Bewilligung zur Herstellung von Arzneimitteln oder Swissmedic Bewilligung zur Herstellung von Arzneimitteln) | Gültig bis: |  |
|  | Spezialbewilligung Forschungslabor |  | |
| Bemerkungen: | | | |
|  | | | |

|  |
| --- |
| 1. **Vereinbarung betreffend Lohnherstellung** |
| Diese Vereinbarung regelt die Herstellung von Formulaprodukten, die nicht zulassungspflichtig sind und nach eigener Formel, nach Formula hospitalis, nach Formula officinalis oder Formula magistralis gemäss Artikel 9 Absatz 2 Buchstaben a-cbis des HMG durch die Kantonsapotheke Zürich als Auftragnehmer (AN).  Diese Vereinbarung soll die GMP- und anderen qualitätsrelevanten Verpflichtungen und Verantwortlichkeiten zwischen AG und AN regeln, wie in den Richtlinien der Guten Herstellungspraxis (GMP) vorgeschrieben.  Für den Abschluss einer solchen Vereinbarung muss der AG über eine behördliche Bewilligung verfügen und diese dem Antrag beilegen.  Die Vereinbarung wird vom AG durch mindestens der Fachtechnisch verantwortlichen Person unterzeichnet; zusätzliche unterzeichnende Personen sind zu bezeichnen: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Funktion** | **Titel, Vorname, Name** |
| Fachtechnisch verantwortliche Person | Titel, Vorname und Name |
| Funktion | Titel, Vorname und Name |
| Funktion | Titel, Vorname und Name |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Bitte füllen Sie in folgender Tabelle diejenigen KA Formulaprodukte ein, die Sie beziehen möchten | | | |
| **Nr.** | **Mat.Nr.**  **(SAP-Nr. KA)** | **Genaue Bezeichnung** | **Durchschnittliche Bestellmenge/Jahr** | |
| 1 |  |  |  | |
| 2 |  |  |  | |
| 3 |  |  |  | |
| 4 |  |  |  | |
| 5 |  |  |  | |
| 6 |  |  |  | |
| 7 |  |  |  | |

**Unterzeichneter Antrag zusammen mit Kopien der Bewilligungen per Post retour an:**

**Kunden KAZ: Kantonsapotheke Zürich, Kundenanträge, Spöndlistrasse 9, 8006 Zürich**

**Kunden KAW: Kantonsspitalapotheke Winterthur, Brauerstr. 17, 8400 Winterthur**

**oder**

**Unterzeichneter und eingescannter Antrag zusammen mit eingescannten Bewilligungen per mail an:**

**Kunden KAZ: spitalapotheke@kaz.zh.ch**

**Kunden KAW: kantonsspitalapotheke@kaw.zh.ch**