

ORTAKLIK BAŞVURU FORMU

ECZACI ADI ve SOYADI				Fotoğraf
ECZANE ADI				
CİNSİYETİ	<input type="checkbox"/> BAY	<input type="checkbox"/> BAYAN		
MEDENİ DURUM		BABA ADI		
DOĞUM TARİHİ	__/__/__	DOĞUM YERİ		
MEZUN OLDUĞU OKUL				
MEZUNİYET TARİHİ				
ECZANE GLN NUMARASI				
ECZANE ADRESİ				
POSTA KODU		İLÇE		İL
ECZANE TELEFONU		FAX NUMARASI		
EV TELEFONU		GSM NUMARASI		
VERGİ DAİRESİ		TC KİMLİK NUMARASI		
E-MAIL ADRESİ				
İKAMETGÂH ADRESİ				

"İşbu ortaklık başvurusu formunda belirttiğim ikametgâh ve eczane adreslerinin yasal tebligat adreslerim olduğunu, adres değişikliklerini yedi gün içinde kooperatife yazılı olarak bildirmediğim sürece bu adreslere yapılacak tebligatların Tebligat Kanununun ilgili maddesi uyarınca geçerli olacağını kabul, beyan ve taahhüt ederim. "

Tarih :

Kaşe / İmza:

ORTAKLIK BAŞVURU FORMU

ÇALIŞTIĞINIZ İLAÇ-İTRİYAT DEPOLARI		
DİĞER KOOP. ORTAKLIĞINIZ VAR MI? VAR İSE BELİRTİNİZ..		
ÇEK KARNESİ KULLANDIĞINIZ BANKALAR		
BANKA HESAP BİLGİLERİNİZ ADI ŞUBESİ HESAP NO IBAN NO		
E-FATURA MÜKELLEFİYETİNİZ VAR MI?		
KAÇ YILDIR ECZANE ECZACILIĞI YAPIYORSUNUZ?		
ECZANE ECZACILIĞINA ARA VERDİNİZ Mİ? VERDİYSENİZ HANGİ YILLAR ARASI?		
ECZACILIK DIŞINDA YAPTIĞINIZ İŞ VAR MI?		
REFERANSLARINIZ		
1.DERECE YAKINLARINIZ İÇERİSİNDE ECZACI VAR MI? VAR İSE BELİRTİNİZ...	Yakınlık Derecesi	
	Adı Soyadı	
	BEK Ortağı mı?	
SÖZLEŞMELİ OLDUĞUNUZ KURUMLAR	<input type="checkbox"/> SGK <input type="checkbox"/> Diğer :	
AÇILIŞ MALİ ALIŞ ŞEKLİ	<input type="checkbox"/> Peşin <input type="checkbox"/> 1+12 <input type="checkbox"/> 2+10 <input type="checkbox"/> 4+8	
RUTİN MAL ALIŞ ŞEKLİ	<input type="checkbox"/> Peşin <input type="checkbox"/> 30 Gün <input type="checkbox"/> 45 Gün <input type="checkbox"/> 60 Gün <input type="checkbox"/> 90 Gün	
ECZANENİN KONUMU	<input type="checkbox"/> Çarşı / AVM <input type="checkbox"/> Sağlık Ocağı (ASM) yakını <input type="checkbox"/> Hastane yakını <input type="checkbox"/> Semt <input type="checkbox"/> Cadde üzeri	
ECZANENİN ALANI (m ²)		