

Neukundenformular

Alcon Pharma
Geschäftsbereich Vision Care

Bitte senden Sie uns das Formular vollständig ausgefüllt und unterschrieben zurück.

Sollten Sie Fragen haben, können Sie gerne unseren Customer Service unter der
Telefonnummer 06026-941333 kontaktieren.

(Firma) Name:
(max. 30 Zeichen/pro Zeile) _____

Zusatz (z.B. GbR, GmbH, Inhaber.): _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefonnummer: _____

Faxnummer: _____

Email: _____

Internetadresse: _____

Ihre Umsatzsteuer-Identnummer: DE _____

Ansprechpartner im Geschäft (Kontaktlinsenanpasser):

Sind Sie Mitglied in einem Einkaufsring und/oder Firmengruppe (weitere eigene Geschäfte)?

Mitgliedsnummer / beigetreten am: _____

Ihr Geschäft wird/wurde eröffnet am: _____

Sie möchten wie folgt beliefert werden:

- Transmed Nacht-Lieferung
Transmedkasten vorhanden:
ja nein
- Transmed Tag-Lieferung
(Nachtlief. nicht mögl. / kein Kasten vorhanden)
- Deutsche Post
- Ich möchte meine Rechnungen durch Bankeinzug im Sepa-Lastschriftverfahren begleichen.
- Ich möchte regelmäßig von Ihnen über aktuelle Angebote und Neuigkeiten informiert werden. Das Abbestellen des Newsletter-Services ist jederzeit möglich.
- Ich wünsche eine Aufnahme meiner Firmenanschrift in das Online-Anpasser-Verzeichnis der Alcon Pharma GmbH / Geschäftsbereich Vision Care Homepage.
- Ich wünsche einen Aussendienstbesuch.

Alle Lieferungen erfolgen ausschließlich zu den „allgemeinen Geschäftsbedingungen“. Diese sind jederzeit abrufbar unter www.de.alcon.com und der aktuellen Preisliste zu entnehmen.

- Ja, die allgemeinen Geschäftsbedingungen der Alcon Pharma / Geschäftsbereich Vision Care sind mir bekannt und ich erkenne sie an.

Alcon Pharma GmbH / Geschäftsbereich Vision Care speichert, verarbeitet und nutzt Ihre Kundendaten, einschließlich geschäftsnotwendiger personenbezogenen Daten, soweit im Rahmen des Bundesdatenschutzgesetzes zulässig. Unsere aktuelle Datenschutzerklärung können Sie jederzeit unter www.de.alcon.com abrufen.

- Die Datenschutzerklärung der Alcon Pharma GmbH / Geschäftsbereich Vision Care ist mir bekannt und ich erkenne sie an.

Wichtig: Bitte legen Sie diesem Neukundenformular eine Kopie Ihrer Gewerbeanmeldung bei.

Datum & Unterschrift

Firmenstempel