



Operations Poland

-----  
data/miejsce

-----  
nazwa apteki

-----  
adres

-----  
adres

-----  
NIP

-----  
KRS  
-----

-----  
Zamówienie nr

Lp.	nazwa/dawka/wielkość opakowania	kod EAN	zamawiana ilość

-----  
osoba kontaktowa: imię i nazwisko, adres e-mail, nr telefonu

Akceptuję warunki współpracy określone w Ogólnych Warunkach Współpracy zamieszczonych na stronie internetowej Teva pod adresem \_\_\_\_\_ i zobowiązuję się do ich stosowania.

Jednocześnie proszę o dokonanie dostawy Produktów do magazynu naszej apteki mieszczącego się \_\_\_\_\_ zgodnie z treścią zezwolenia.

Wszelkie wymagane przez Teva dokumenty, o których mowa w 3.1. Ogólnych Warunkach Współpracy dostarczone zostały w dniu \_\_\_\_\_ na adres mailowy \_\_\_\_\_ .

Wszelkie zawiadomienia, uzgodnienia, informacje i inne dokumenty wymagane zgodnie z treścią Warunków i związane z realizacją niniejszych Warunków, powinny być przekazywane TOP mailem z adresu \_\_\_\_\_ na adres TOP podany w Warunkach.

-----  
Data/podpis