

Bitte senden Sie dieses Antwortformular an folgende  
**E-Mail-Adresse: cspostfach@its.jnj.com** oder per  
**Fax: 0800 – 0112357**



## BESTELLFORMULAR FÜR NOTFÄLLE EMERGENCY DELIVERY

Wir haben derzeit Schwierigkeiten, das/die folgende(n) Produkt(e) von unseren Großhändlern zu erhalten. Wir benötigen diese jedoch aufgrund eines dringenden Patientenbedarfs. Wie unter diesen außergewöhnlichen Umständen üblich, möchten wir den Direktlieferdienst von Janssen nutzen.

**Janssen-Kunden-Nr.:** (wenn bekannt) \_\_\_\_\_

**Apothekename:** \_\_\_\_\_

**Lieferadresse:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Kontaktperson Apotheke:** \_\_\_\_\_

**Telefonnummer:** \_\_\_\_\_

**Apothekenstempel**

Bitte beachten Sie, dass wir ausschließlich an die Apothekenadresse liefern.

### Erklärung/Bestätigung (Pflichtfelder)

Hiermit bestätige ich, dass mir ein Rezept vorliegt und ich mich mit meinem unten genannten Großhändler in Verbindung gesetzt habe und die angegebenen Produkte über meinen Großhandel nicht beziehen kann.

**Name und Ort des Großhandels:** \_\_\_\_\_

**Datum/Unterschrift:** \_\_\_\_\_

### Bestellung (Pflichtfelder)

Bitte geben Sie die genaue Artikelbezeichnung sowie die Öffnungszeiten der Apotheke am Liefertag an, um eine reibungslose Lieferung zu gewährleisten.

**Produkt:** (PZN + Bezeichnung) \_\_\_\_\_ **Anzahl:** \_\_\_\_\_

**Gewünschtes Lieferdatum & Uhrzeit:** (für eventuelle Kurierlieferung) \_\_\_\_\_

**Öffnungszeiten am Liefertag:** \_\_\_\_\_

Bitte beachten Sie, dass ein unvollständig ausgefülltes Formular Verzögerungen in der Lieferung verursachen kann. Um die Patient:innen schnellstmöglich zu versorgen, bitten wir Sie daher, das Formular vollständig auszufüllen und Ihre Bestellung bis spätestens 15 Uhr aufzugeben.