

# Hoja pedido Canal de Emergencias



Farmacia: ..... C.P. y Provincia: .....

NIF/CIF: ..... Teléfono: .....

Dirección y Población: ..... Fax: .....

e-mail: ..... Recargo de equivalencia: SI  NO

**CONDICIONES Y PLAZO DE PAGO:**

**PRECIO:** P.V.L. + coste de distribución + I.V.A. + recargo de equivalencia (cuando sea aplicable)

**PLAZO DE ENTREGA:** 1 ó 2 días laborables, desde pedido en oficina de farmacia

- Únicamente adeudo en cuenta  
Indicar N° de Cuenta (20 dígitos)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- AstraZeneca tramitará el adeudo en un máximo de 15 días desde la fecha de entrega del pedido
- Junto con el pedido se les entregará el albarán
- Posteriormente, recibirán la factura correspondiente

En virtud de lo dispuesto en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, he sido informado de que mis datos personales incluidos en el presente formulario quedarán incorporados y serán tratados en los ficheros titularidad de ASTRAZENECA FARMACÉUTICA SPAIN, S.A. ("ASTRAZENECA"). En este sentido, consiento expresamente que mis datos sean únicamente utilizados para las siguientes finalidades: 1. Permitir al personal comercial de ASTRAZENECA que pueda llevar a cabo su actividad de visita médica. 2. Recibir información, incluso por medios electrónicos, de los servicios y productos de ASTRAZENECA y de las empresas del Grupo AstraZeneca del sector farmacéutico en España, así como del transcurso o convocatoria a eventos, jornadas y actividades que cualquiera de dichas entidades pueda organizar individual o conjuntamente con otras. 3. Recibir información para mi participación en los programas iniciados por ASTRAZENECA y las empresas del Grupo AstraZeneca del sector farmacéutico en España, con finalidades de estudio de adhesión y seguimiento de sus productos. 4. Formar parte en la realización de estudios con fines estadísticos y de segmentación de mercados, relacionados con los productos de ASTRAZENECA y las empresas del Grupo AstraZeneca del sector farmacéutico en España. 5. Ceder los datos a las siguientes entidades Laboratorio Icaro S.A., Laboratorio Odin S.A., Laboratorio Tau S.A., Laboratorio Epsilon S.A., Laboratorio Lailan S.A., Laboratorio Beta S.A. Asimismo, he sido informado de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de mis datos de carácter personal mediante escrito, acompañado de fotocopia de mi DNI, dirigido a C/ Serrano Galvache, 56, C.E. Parque Norte, Edificio Roble, 28033 de Madrid.

Acepto y conforme:

Código Nacional	Producto	Unidades

(Fecha, firma y sello)

*favor: devuelva este documento firmado al número de fax 913019251*