**Initiales Kunden-Datenblatt**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | V |
| Klinikum: |  | AD |
| Lieferanschrift: |  | AD |
| Rechnungsanschrift: |  | AD |
| Kundennummer: |  | PV |
| Ust ID (wenn nicht vorh SteuerNr): |  | PV |
| Zahlungsbedingung: |  | AD |
| Telefonnummer: |  | AD |
| Betreuender Arzt:  | Name: |  | AD |
| Abteilung: |  |
| Telefon: |  |
| Email: |  |
| Verantwortlicher Einkauf:  | Name: |  | AD |
| Telefon: |  |
| Email: |  |
| Verantwortlicher Steri / OP-Pflege: | Name: |  | AD |
| Telefon: |  |
| Email: |  |
| Klinikgruppe /EK-Gemeinschaft: |  | KF |
| Kunden-/Rabattgruppe: |  | KF |
| zust VMA / Vertriebsgebiet: |  | AD |
| provisionsfähiger Vertreter: |  | KF |
|  |
| vollständig angelegt: | Datum:  |   |  |
| Mitarbeiter: |   |