

## Checkliste Ersteinrichtungsassistent – Benötigte Informationen und Unterlagen

Bitte halten Sie die nachfolgenden Informationen & Unterlagen bereit, damit wir Sie beim Einrichten Ihrer Website unterstützen können.

**Fette Einträge mit \*** sind Pflichtangaben und daher zwingend erforderlich!

*Kundennummer (Alliance Healthcare // GEHE)*

|  |
|--|
|  |
|--|

### Stammdaten:

*Firma\**

|                                 |      |
|---------------------------------|------|
| <b>Firmenname*</b>              |      |
| <b>USt-ID*</b>                  |      |
| <b>Handelsregister-Nr.*</b>     | HR - |
| <b>Zuständiges Amtsgericht*</b> |      |

*Inhaber\**

|  |  |
|--|--|
| <b>Vorname*</b>                        |  |
| <b>Nachname*</b>                       |  |
| <b>Berufsbezeichnung*</b>              |  |
| <b>Berufsbezeichnung verliehen in*</b> |  |

*Adresse der Firma\**

|                      |  |
|----------------------|--|
| <b>Straße*</b>       |  |
| <b>Hausnummer*</b>   |  |
| <b>Postleitzahl*</b> |  |
| <b>Stadt*</b>        |  |

*Kontaktdaten der Firma\**

|  |  |
|--|--|
| <b>E-Mail-Adresse (Kontakt E-Mail Adresse)*</b>  |  |
| <b>E-Mail-Adresse (falls Bestelleingänge an eine abweichende E-Mailadresse gehen soll)</b> |  |
| <b>Telefonnummer*</b>  |  |

### Datenschutzbeauftragter\*

Bitte tragen Sie Ihre Daten zu Ihrem Datenschutzbeauftragten/Ansprechpartner für den Datenschutz ein. Mindestens sollte eine Kontakt-Emailadresse eingetragen werden. Sie sind nicht verpflichtet Ihren Datenschutzbeauftragten namentlich zu nennen. Die Angabe einer Kontakt-Emailadresse ist für ein korrektes Impressum notwendig. Nehmen Sie bei Datenschutzfragen Kontakt mit unserem Ansprechpartner für Datenschutzfragen auf.

#### *Beauftragter*

|          |  |
|----------|--|
| Firma    |  |
| Anrede   |  |
| Vorname  |  |
| Nachname |  |

#### *Adresse*

|              |  |
|--------------|--|
| Straße       |  |
| Hausnummer   |  |
| Postleitzahl |  |
| Stadt        |  |

#### *Kontaktdaten des Beauftragten für Datenschutzbeauftragten\**

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>E-Mail-Adresse *</b> |  |
| Telefon                 |  |

Apothekenkammer\*

Bitte tragen Sie die Daten Ihrer zuständigen Apothekenkammer ein.

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <b>Name der Apothekenkammer*</b> |  |
| <b>Straße*</b>                   |  |
| <b>Hausnummer*</b>               |  |
| <b>Postleitzahl*</b>             |  |
| <b>Stadt*</b>                    |  |
| Webseite                         |  |

Berufsrechtliche Aufsichtsbehörde\*

Bitte tragen Sie die Daten Ihrer zuständigen berufsrechtlichen Aufsichtsbehörde ein.

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <b>Name der Aufsichtsbehörde*</b> |  |
| <b>Straße*</b>                    |  |
| <b>Hausnummer*</b>                |  |
| <b>Postleitzahl*</b>              |  |
| <b>Stadt*</b>                     |  |
| Webseite                          |  |

Berufshaftpflichtversicherung\*

Bitte tragen Sie die Daten Ihrer Berufshaftpflichtversicherung ein

*Berufshaftpflichtversicherung*

|  |  |
|--|--|
| <b>Name der Berufshaftpflichtversicherung*</b> |  |
| <b>Straße*</b>                                 |  |
| <b>Hausnummer</b> *                            |  |
| <b>Postleitzahl*</b>                           |  |
| <b>Stadt*</b>                                  |  |

### Öffnungszeiten\*

Bitte geben Sie Ihre Öffnungszeiten an. Bei Öffnungszeiten ohne Mittagspause nutzen Sie bitte die rechten Spalten.

| Wochentag  | Von | Bis |  | Von | Bis |
|------------|-----|-----|--|-----|-----|
| Montag     |     |     |  |     |     |
| Dienstag   |     |     |  |     |     |
| Mittwoch   |     |     |  |     |     |
| Donnerstag |     |     |  |     |     |
| Freitag    |     |     |  |     |     |
| Samstag    |     |     |  |     |     |
| Sonntag    |     |     |  |     |     |

### Filialleiter oder 2. Inhaber bei OHG (Angabe ist optional)

Bitte hinterlegen Sie die Daten zum Filialleiter, sofern dieser vom Inhaber der Apotheke abweicht. Bis zu zwei Filialleiter können angegeben werden.

#### *Filialleiter 1*

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| Anrede                         |  |
| Titel                          |  |
| Vorname                        |  |
| Nachname                       |  |
| Telefon                        |  |
| E-Mail-Adresse                 |  |
| Berufsbezeichnung              |  |
| Berufsbezeichnung verliehen in |  |

#### *Filialleiter 2*

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| Anrede                         |  |
| Titel                          |  |
| Vorname                        |  |
| Nachname                       |  |
| Telefon                        |  |
| E-Mail-Adresse                 |  |
| Berufsbezeichnung              |  |
| Berufsbezeichnung verliehen in |  |

## Allgemeine Einstellungen

### *Externe Links\**

|   |  |
|---|--|
| <b>Link zur Berufsordnung* (der jeweiligen Landesapothekerkammer)</b> – Bsp. <a href="http://www.blak.de">www.blak.de</a> |  |
| <b>Link zur Betriebsordnung*</b>  | <a href="http://www.gesetze-im-internet.de/apobetro_1987/BJNR005470987.html">www.gesetze-im-internet.de/apobetro_1987/BJNR005470987.html</a> |

### Apothekenlogo [max. 206 x max. 103 pixel]

- *Bitte senden Sie uns eine Datei Ihres Apotheken-Logos per eMail*

### Apothekenbild (Innen-, Außenansicht) + Teamfoto (optional) [max. 326 x max. 135 pixel]

- *Um Ihre Website individueller zu gestalten, senden Sie uns bitte ein paar Apotheken-Bilder*

### Beauftragter für Medizinproduktesicherheit

Bitte tragen Sie Ihre Daten zum Beauftragten für Medizinproduktesicherheit ein. Diese Angabe ist erst erforderlich ab einer Betriebsgröße von 20 Personen\* und dann auch für das Impressum zwingend.

#### *Beauftragter*

|          |  |
|----------|--|
| Anrede   |  |
| Vorname  |  |
| Nachname |  |

#### *Adresse*

|              |  |
|--------------|--|
| Straße       |  |
| Hausnummer   |  |
| Postleitzahl |  |
| Stadt        |  |

#### *Kontaktdaten des Beauftragten für Medizinproduktesicherheit*

|                |  |
|----------------|--|
| E-Mail-Adresse |  |
| Telefon        |  |
| Fax            |  |
| Webseite       |  |

### MSV-3 Daten von Erst- und Zweitlieferant - (Angabe ist optional, aber empfohlen)

Es wird empfohlen mindestens einen Großhändler für die Verfügbarkeitsabfrage für Artikel im shop zu hinterlegen. Sie können maximal zwei Großhändler hinterlegen.

Wenn Sie keinen Großhändler hinterlegen, wird Ihre Artikelverfügbarkeit ausschließlich aus den bei Ihnen hinterlegten GEHE-Lagern automatisch zusammengestellt.

Mit der Eintragung eines Großhändlers erweitern Sie Ihr angebotenes Sortiment um die verfügbaren Artikel Ihres Großhändlers.

*Halten Sie die aufgeführten Daten bitte bereit.*

*Die Dateneingabe erfolgt aus Sicherheitsgründen direkt durch Sie und kann jederzeit in Ihrem Login-Bereich Ihrer Website hinterlegt werden.*

|                   |  |
|-------------------|--|
| Großhandelsname 1 |  |
| Kennung           |  |
| Passwort          |  |

|                   |  |
|-------------------|--|
| Großhandelsname 2 |  |
| Kennung           |  |
| Passwort          |  |

### Lieferarten

Standardmäßig ist für Bestellungen über Ihren Onlineshop auf Ihrer Website „Abholung in der Apotheke“ voreingestellt.

Sofern Sie innerhalb eines definierten PLZ-Gebiets auch Botendienst anbieten möchten, füllen Sie bitte nachfolgend entsprechende Daten ein:

*Botendienst:*

- Ja  
 Nein

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| Versandkosten                   |  |
| Versandkostenfreigrenze         |  |
| PLZ-Bereiche (z.B. 12345,12346) |  |

*Botendienst mit Rezept*

- Ja  
 Nein

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| Versandkosten                   |  |
| Versandkostenfreigrenze         |  |
| PLZ-Bereiche (z.B. 12345,12346) |  |

*Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Daten alleinig zur Anlage der Apotheke im Ersteinrichtungsassistenten des gebuchten Webshops verwendet werden.*

---

*Ort, Datum*

---

*Unterschrift*

---

*Apotheke*





