

Von allen potenziellen Kunden auszufüllen			
Formular ausgefüllt von:	Telefon:	Email:	Datum:
Firmenname:	GLN (Global Location Number):	VAT Nummer:	Land:
Lieferadresse:		Rechnungsadresse:	
Stadt:		Stadt:	
Bundesland (optional):	Postleitzahl:	Bundesland (optional):	Postleitzahl:
Land:		Land:	
Kontakt Einkauf:	Titel:	Titel:	Telefon:
Kontakt Buchhaltung:	Titel:	Titel:	Telefon:
Kontakt Geschäftlich:	Titel:	Titel:	Telefon:
Produktkategorien und geschätzter Jahresumsatz:		Wettbewerbsfähige Produkte:	
NUR für den internen Gebrauch			
Auszufüllen von Export			
Primäres Lager: Key Surgical DE			
Vertragsart: Exclusiv   Standard   EU-Kurzformular		Vertriebspartner-Vereinbarung erhalten: Ja   N/A   Datum: _____	
Kundenkonto #:	Zahlungsbedingungen:	Vertriebsmitarbeiter-ID:	Kundenklasse:
Incoterm:		Gebiets-ID:	
Besondere Anforderungen:			
eingetragen von:		ausgefüllt am:	
Auszufüllen von Regulatory			
Produktregistrierung erhalten: Ja   Nein   N/A   Datum: _____			
Freigabe Regulatory:			Datum:
Finale Freigabe Export:			Datum: