

Fax-Anmeldung 06196/928-404

Bitte als Brief oder Fax versenden



Avoxa – Mediengruppe
Deutscher Apotheker GmbH
Apothekerhaus Eschborn
Carl-Mannich-Straße 26
65760 Eschborn

Hiermit bestelle ich verbindlich folgendes Pseudo Customer-Angebot:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 einzelner Besuch € 180,- | <input type="checkbox"/> 2 einzelne Besuche € 325,- |
| <input type="checkbox"/> 1 Besuch pro Jahr € 180,- pro Jahr fortlaufend bis zu meiner Kündigung solange das Konzept zu diesen Konditionen von Avoxa angeboten wird. | <input type="checkbox"/> 2 Besuche pro Jahr € 325,- pro Jahr fortlaufend bis zu meiner Kündigung solange das Konzept zu diesen Konditionen von Avoxa angeboten wird. |

Jeder Pseudo Customer-Besuch umfasst folgende Leistungen:

- // Unangemeldeter Besuch eines speziell geschulten Pseudo Customers, der leitfadengestützt ein Symptom präsentiert bzw. einen Produktwunsch äußert
- // Standardisierte Dokumentation des Gesprächsablaufs als Vorbereitung auf das Feedbackgespräch
- // Konstruktives Feedbackgespräch mit dem Beratenden mit konkreten Verbesserungsvorschlägen für die Beratungspraxis (Coaching)
- // Gespräch mit dem Apothekenleiter bzw. verantwortlichen Apotheker
- // Schriftliches Feedback mit den wichtigsten Stärken und Verbesserungspotenzialen der Apotheke

Mit den folgenden Bedingungen erkläre ich mich einverstanden:

- // Der 1. Besuch findet innerhalb von 3 Monaten nach Anmeldung statt, der 2. Besuch ggf. (nur wenn gebucht) 6-9 Monate später. Bei dauerhafter Buchung finden die Besuche in regelmäßigen Abständen statt.
- // Bei der Buchung einzelner Besuche wird die (Gesamt)-Rechnung nach dem 1. Besuch erstellt. Bei langfristiger Buchung erfolgt die Rechnungslegung 1x pro Jahr.
- // Die erhobenen Daten werden durch den Geschäftsbereich Pharmazie der ABDA ausgewertet. Die Landesapothekerkammern erhalten nur anonymisierte Daten.

Rechnungsanschrift

Name der Apotheke

Telefon-Nummer

Fax-Nummer

Kunden-Nr.

E-Mail-Adresse

Name und Vorname des Apothekenleiters

Öffnungszeiten der Apotheke

Name und Vorname des Apothekeninhabers

Apothekerkammer

Straße

X

PLZ, Ort

Datum, Stempel und Unterschrift des Apothekenleiters