

Ihre Anfrage

Füllen Sie das Formular aus, um uns Ihre Anfrage per Mail zuzusenden. Sie können auch das Formular hier [als ausfüllbares PDF](#) -> *hier verlinken* herunterladen, dieses offline ausfüllen und uns per Email an info@cpf-freiburg.com zuschicken.

Zur Form: links die unten aufgeführten Punkte untereinander anlegen, rechts Felder anlegen, die ausgefüllt werden (mit den zu machenden Angaben, die abgefragt werden)

*Pflichteingabe -> *steht ganz oben*

*Arzneimittel Wirkstoff

*Arzneimittel Name

*Produkt Kategorie

Hersteller

Land

*Menge

Erforderliche Spezifikationen

Erforderliche Lieferzeit

Prüfpunkte

Weitere Anforderungen

Anrede

Herr/Frau/Herr Dr./Frau Dr./Herr Prof. Dr./Frau Prof. Dr.

-> *hier Auswahlmöglichkeit erzeugen*

*Vorname

*Nachname

*E-Mail

*Bestätigung E-Mail

*Unternehmen/ Apotheke/ Universität

*Abteilung

Stellenbezeichnung/ Position

*Straße

Anschrift (Zeile 2)

*Stadt

*PLZ

*Land

*Telefonnummer

