

# 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:

1 einzelner Besuch € 180,-

2 einzelne Besuche € 325,-

1 Besuch pro Jahr € 180,- pro Jahr fortlaufend bis zu meiner Kündigung solange das Konzept zu diesen Konditionen von Avoxa angeboten wird.

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

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Faxnummer

\_\_\_\_\_  
Kunden-Nr.

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Name und Vorname des Apothekenleiters

\_\_\_\_\_  
Öffnungszeiten der Apotheke

\_\_\_\_\_  
Name und Vorname des Apothekeninhabers

\_\_\_\_\_  
Apothekerkammer

\_\_\_\_\_  
Straße

  
\_\_\_\_\_  
Datum, Stempel und Unterschrift des Apothekenleiters

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort