

Pseudo Customer

Bestellung von Pseudo Customer-Angeboten



Angebote	Hiermit bestelle ich verbindlich folgendes Pseudo Customer-Angebot: <input type="checkbox"/> 1 einzelner Besuch € 180,- <input type="checkbox"/> 2 einzelne Besuche € 280,- <input type="checkbox"/> 1 Besuch pro Jahr fortlaufend € 180,-/Jahr <input type="checkbox"/> 2 Besuche pro Jahr fortlaufend € 280,-/Jahr bis zu meiner Kündigung, solange das Konzept zu diesen Konditionen von der WuV angeboten wird.																												
Leistungen	Jeder Pseudo Customer-Besuch umfasst folgende Leistungen: <ul style="list-style-type: none">• 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• pro Jahr 5 Gutscheine für den Besuch von Fortbildungsveranstaltungen der Apothekerkammer																												
Bedingungen	Mit den folgenden Bedingungen erkläre ich mich einverstanden: <ul style="list-style-type: none">• Der 1. Besuch findet innerhalb von drei Monaten nach Anmeldung statt, der 2. Besuch ggf. (nur wenn gebucht) sechs bis neun Monate später. Bei dauerhafter Buchung finden die Besuche in regelmäßigen Abständen statt.• Bei der Buchung einzelner Besuche erhalte ich die (Gesamt-)Rechnung nach dem 1. Besuch. Bei langfristiger Buchung erfolgt die Rechnungslegung 1x/Jahr.• Die erhobenen Daten werden durch das Zentrum für Arzneimittelinformation und Pharmazeutische Praxis der ABDA ausgewertet. Die Landesapothekerkammern erhalten nur anonymisierte Daten.																												
Rechnungsanschrift	<table border="0"><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>Name der Apotheke</td><td>Kundennummer bei der WuV</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>Apothekenleiter/in</td><td>Telefon</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>Straße</td><td>Fax</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>PLZ, Ort</td><td>E-Mail</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td></td><td>Öffnungszeiten der Apotheke (montags – freitags)</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td></td><td>Öffnungszeiten der Apotheke (samstags)</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>Apothekenstempel</td><td>Datum, Unterschrift</td></tr></table>	_____	_____	Name der Apotheke	Kundennummer bei der WuV	_____	_____	Apothekenleiter/in	Telefon	_____	_____	Straße	Fax	_____	_____	PLZ, Ort	E-Mail	_____	_____		Öffnungszeiten der Apotheke (montags – freitags)	_____	_____		Öffnungszeiten der Apotheke (samstags)	_____	_____	Apothekenstempel	Datum, Unterschrift
_____	_____																												
Name der Apotheke	Kundennummer bei der WuV																												
_____	_____																												
Apothekenleiter/in	Telefon																												
_____	_____																												
Straße	Fax																												
_____	_____																												
PLZ, Ort	E-Mail																												
_____	_____																												
	Öffnungszeiten der Apotheke (montags – freitags)																												
_____	_____																												
	Öffnungszeiten der Apotheke (samstags)																												
_____	_____																												
Apothekenstempel	Datum, Unterschrift																												