

Einwilligung zur Einstellung der Angebotsdaten

- Ja, ich möchte die PPL-Angebote sehen!
Hiermit gebe ich der Partner Pharma Logistik PPL-GmbH die Erlaubnis, für mich das Einspielen der Angebotsdaten zu beantragen.

Meine Apotheke: _____

Ansprechpartner: _____

Mein Warenwirtschaftssystem: _____

Wenn zur Hand, Kundennummer: _____

- Ich frage gerne selbst die Daten ab unter <https://msv3.ppl-grosshandel.de/msv3>

- Ja, ich möchte ab sofort das Monatsangebot mit den Topsellern erhalten:

Per Email an: _____

oder

Per Fax an: _____

Ort, Datum _____

Unterschrift, Stempel _____

Viel Freude beim Sparen!
Ihr PPL Team

ANSCHRIFT

Partner Pharma Logistik PPL-GmbH
St.-Elisabeth-Str. 3
56073 Koblenz

IHR KONTAKT

Telefon **0261 4048900**
Telefax **0261 40489-09**
E-Mail info@ppl-pharma.de