



Bregnerødvej 133  
3460 Birkerød  
Tel: 080 601200 Fax: 070 100084  
[RA-NordicsCustServic@ITS.JNJ.com](mailto:RA-NordicsCustServic@ITS.JNJ.com)

## Ansøgning om ny konto

Alle felter er obligatoriske - venligst se efter at alle felter er udfyldte. Hvis et felt ikke er gældende, venligst anfør N/A. Din ansøgning vil blive nægtet hvis et felt ikke er udfyldt.

Fulde lovligt registrerede navn (dit firmanavn):	<input type="text"/>
Fulde firmanavn (hvis anderledes):	<input type="text"/>
Ejer/øverste ledelse af virksomheden:	<input type="text"/>
Juridisk Enhedstype:	<input type="checkbox"/> Registrerede firmanummer <input type="checkbox"/> Partnerskab/Eneforhandler
CVR-nr.:	<input type="text"/>
Virksomhedstype:	<input type="checkbox"/> Optiker <input type="checkbox"/> Øjenlæge <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Distributør <input type="checkbox"/> Andet <input type="text"/>

### Partnerskab/Eneforhandler

Hvis ej aktieselskab, venligst angiv personlige detaljer af eneforhandler eller af hver partner (navn, hjemmeadresse, telefonnummer og fødselsdato). Hvis flere end 2 partnere, venligst angiv disse på et separat papir:

Navn (Eneforhandler/Partner 1):	<input type="text"/>
Privatadresse:	<input type="text"/>
Telefonnummer:	<input type="text"/>
Fødselsdato:	<input type="text"/>
Navn (Partner 2):	<input type="text"/>
Privatadresse:	<input type="text"/>

Telefonnummer:

Fødselsdato:

### Praksisdetaljer

Del af en kæde eller indkøbskæde?  Hvis ja, venligst sæt hak og udfyld kæde- eller indkøbsgruppe navn

Hvor længe har de aktuelle ejere/øverste ledere ledet virksomheden:  år og  måneder.

*Hvis denne praksis var opkøbt af en anden praksis, venligst angiv navn og kundenummer for den solgte praksis (hvis vides)*

Kontonavn:

Ikrafttrædelsesdato:

Anslået månedlige omsætning (hvis vides):

### Faktureringsdetaljer

**Adressen på den juridiske enhed, som skal faktureres. Dette vil også være adressen, hvor produkterne bliver leveret. Hvis du ønsker at produkter skal leveres til en anden adresse, venligst udfyld leveringsdetaljer forneden**

Gade/vej:

Gade/vej 2:

Gade/vej 3:

Gade/vej 4/Postboks:

Postnummer:

By:

Tlf.:

Fax:

E-mail:

Hjemmeside:

#### Økonomiafdelingens kontaktdetaljer

Navn:

Tlf.:

E-mail:

---

### Leveringsnavn og -adresse

Skal kun udfyldes hvis produkterne skal leveres til en anden adresse end faktureringsdetaljerne.

Navn:	
Gade/vej:	
Gade/vej 2:	
Gade/vej 3:	
Gade/vej 4/Postboks:	
Postnummer:	
By:	
Tlf.:	
Fax:	
E-mail:	

Oplysningerne på denne formular anvendes til at oprette og administrere din konto og til finansielle transaktioner vedrørende køb, fakturering og levering af produkter fra Johnson & Johnson Vision Care Companies. Johnson & Johnson Vision Care Companies er en global virksomhed, og dine oplysninger kan blive delt med vores globale organisation via vores sikre globale systemer. De bliver kun anvendt i overensstemmelse med lokal lovgivning og vores Politik om Datasikkerhed og vil blive opbevaret sikkert. Vi videregiver ikke dine personlige oplysninger til tredjepart, undtagen til formål som er beskrevet i denne erklæring.

Vi foretager en søgning via et kreditoplysningsbureau og opbevarer disse oplysninger i vores arkiv. Vi gør måske brug af oplysningerne inden for Johnson & Johnson-koncernen. Vi søger måske også oplysninger om virksomhedens øverste ledelse hos kreditoplysningsbureauer.

**Bemærk:** Hvis denne konto ikke benyttes i 12 måneder vil den blive deaktiveret og lukket.

Jeg bekræfter, at ovenstående oplysninger efter min bedste overbevisning er sande, og anerkender og accepterer handelsbetingelserne.

---

Underskrift:



---

Johnson & Johnson Vision Care Companies er en del af Johnson & Johnson Vision Care Ireland Ltd 2017 - VI1118DK