



PCF Procefar sp. z o.o.  
51-131 WROCLAW; ul. Żmigrodzka 242 F  
BDO 000117917  
e-mail: [procefar@procefar.pl](mailto:procefar@procefar.pl);  
phone: +48 71 324-00-00; fax +48 71 324 00 40

SOP/HF/017/Z/3ed11

Formularz

Nr edycji 11

Nr strony 1/3

**Tytuł: Kwestionariusz kwalifikacji odbiorców nabywających asortyment spoza zakresu produktów leczniczych**

**Dokument związany z procesem: Kwalifikacja odbiorców**

### Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych (dalej zwane RODO) informuję, iż:

- 1) Administratorem Państwa danych osobowych jest PCF Procefar sp. z o.o. (zwana dalej spółka PCF) z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Żmigrodzkiej 242F,
- 2) Dane osobowe przetwarzane będą w celu i na podstawie przepisów prawa:
  - a. Realizacji współpracy handlowej między Stronami, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. B) RODO,
  - b. Marketingu bezpośredniego, na podstawie art. 6 ust 1 lit. F) RODO,
  - c. Przedstawiania oferty handlowej, na podstawie art. 6 ust 1 lit. A) RODO,
  - d. Wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na spółce PCF – art. 6 ust. 1 lit. C) RODO,
  - e. Realizacji wstrzymania / wycofania produktów z obrotu zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie określenia szczegółowych zasad i trybu wstrzymania i wycofywania z obrotu produktów leczniczych i wyrobów medycznych.
  - f. Zapewnienia właściwej realizacji Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej przez spółkę PCF Procefar zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie wymagań Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej.
- 3) Pełny zakres informacji dotyczący ochrony Danych Osobowych w tym wyszczególnienie przysługujących uprawnień dostępny jest pod adresem <https://procefar.pl/>  
Powyższy zapis dotyczy osób fizycznych w tym prowadzących działalność gospodarczą.

### Ogólne warunki współpracy

- 1) **Dostarczenie dokumentów rejestrowych** (lub wydruku CIEDG) oraz wypełnienie kwestionariusza jest niezbędne do realizacji zamówień na asortyment hurtowni PCF PROCEFAR sp. z o.o.
- 2) **Zamówienia** można składać u przedstawiciela, pod adresem [hurt@procefar.pl](mailto:hurt@procefar.pl) lub pod numerem infolinii 801 005 081 (801 033 066 zamówienia OMRON) według cennika i oferty aktualnie obowiązującej.
- 3) **Dostawy** realizowane są wyłącznie do miejsc prowadzenia działalności (MIEJSC DOSTAWY) wpisanych na drugiej stronie dokumentu. Odbiorca zobowiązany jest sprawdzić, czy doręczane przez Przewoźnika paczki w zakresie ilości i stanu zgadzają się listem przewozowym, a w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości lub uszkodzeń należy wprowadzić adnotację na liście przewozowym.
- 4) **Minimum logistyczne** dla darmowej wysyłki wynosi 500 zł w cenach netto przed rabatem. W przypadku niespełnienia minimum Klient zostanie obciążony kosztem wysyłki (według aktualnie obowiązującej stawki).
- 5) **Płatności** realizuje się przed dostawą (fakturą proforma) lub w terminie wskazanym na fakturze na indywidualnie nadany numer konta. Faktury wysyłane są przez PCF Procefar na adres mailowy wskazany powyżej.
- 6) **Reklamacje** należy zgłaszać do hurtowni w ciągu 3 dni roboczych od daty otrzymania dostawy, poprzez wysłanie wypełnionego protokołu reklamacyjnego (do pobrania na stronie <https://procefar.pl/>) na adres: [reklamacje@procefar.pl](mailto:reklamacje@procefar.pl) Hurtownia ustosunkuje się do statusu reklamacji w terminie 14 dni kalendarzowych. W przypadku produktów objętych gwarancją door-to-door reklamacje jakościowe (dotyczące produktów) zgłasza się do PRODUCENTA zgodnie z instrukcją na karcie gwarancyjnej.
- 7) **Kontakt** z hurtownią w innych sprawach pod numerem 801 005 081 lub pod adresem e-mail: [hurt@procefar.pl](mailto:hurt@procefar.pl)

### Dane Nabywcy (Płatnika)

Nazwa firmy/podmiotu	
Adres firmy/podmiotu	
KRS (jeśli dotyczy)	
NIP	
REGON	
E-mail do faktur	

### Dane Odbiorcy Produktów (Miejsce Dostawy)

Typ odbiorcy*	Sklep internetowy
	Hurtownia medyczna
	Hurtownia kosmetyczna
	Inny (jaki?)
Nazwa odbiorcy	
Adres odbiorcy	- Jeśli dotyczy kilku miejsc dostawy wypełnij Załącznik 1 (str.3)
Telefon	
E-mail	
Uwagi	

### Osoba kontaktowa do oferty handlowej

UWAGA: Dokument nadzorowany w formie elektronicznej pod adresem: \\DC.PROCEFAR.LOCAL – DOKUMENTACJA NADZOROWANA SJ. Dokument wydrukowany przestaje być nadzorowany i należy jego aktualność przed każdym użyciem zweryfikować z aktualną wersją.



PCF Procefar sp. z o.o.  
51-131 WROCLAW; ul. Żmigrodzka 242 F  
BDO 000117917  
e-mail: [procefar@procefar.pl](mailto:procefar@procefar.pl);  
phone: +48 71 324-00-00; fax +48 71 324 00 40

SOP/HF/017/Z/3ed11

Formularz

Nr edycji 11

Nr strony 2/3

**Tytuł: Kwestionariusz kwalifikacji odbiorców nabywających asortyment spoza zakresu produktów leczniczych**

Dokument związany z procesem: Kwalifikacja odbiorców

Imię i nazwisko	
Telefon stacjonarny i komórkowy	
E-mail	
<b>Osoba kontaktowa do wstrzymania/wycofania i reklamacji</b>	
Imię i nazwisko	
Telefon stacjonarny i komórkowy	
E-mail	
<b>Oświadczenie*</b> <small>(Zapoznanie się z ogólnymi warunkami współpracy oraz zgoda na przetwarzanie danych osobowych jest warunkiem koniecznym do rozpoczęcia współpracy)</small>	
<input type="checkbox"/>	Zapoznałam/zapoznałem się z ogólnymi warunkami współpracy z PCF Procefar sp. z o.o. dla produktów spoza asortymentu leczniczego.
<input type="checkbox"/>	Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez PCF Procefar sp. z o. o. w celu przedstawienia oferty handlowej.
<input type="checkbox"/>	Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PCF Procefar sp. z o.o. drogą elektroniczną na wskazany przeze mnie poniżej adres e-mail informacji handlowych, w rozumieniu ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną z dnia 18 lipca 2002 r. (Dz.U. 2002 nr 144 poz. 1204 ze zm.). *
<input type="checkbox"/>	Wyrażam zgodę na używanie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych przez PCF Procefar sp. z o.o. celem przedstawienia oferty handlowej na podany przeze mnie numer telefonu, w tym przy użyciu automatycznych systemów wywołujących, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lipca 2004 r. Prawo telekomunikacyjne (Dz.U. 2004 nr 171 poz. 1800 ze zm.).*

.....  
( data, pieczętka i czytelny podpis przedstawiciela Klienta)

Dziękujemy za poświęcony czas na wypełnienie niniejszego dokumentu. Wszelkie informacje zawarte przez Państwa w niniejszym formularzu będą traktowane jako poufne pomiędzy PCF Procefar sp. z o.o., a Państwa Firmą.

Prosimy o odesłanie wypełnionego arkusza na adres [kartoteki@procefar.pl](mailto:kartoteki@procefar.pl) W razie zmian danych, prosimy o aktualizację.

\*Zaznaczyć X właściwą odpowiedź

## PCF Procefar sp. z o.o. / UWAGI

.....

## Załącznik nr 1

Dane Odbiorcy Produktów (Miejsce Dostawy)			<b>PROSZĘ WYPEŁNIĆ DANE DLA WSZYSTKICH LOKALIZACJI</b> – w przypadku większej ilości lokalizacji dodaj wiersz poniżej			
Lp.	Rodzaj prowadzonej działalności	Nazwa odbiorcy	Adres odbiorcy	Telefon	E-mail	E-mail płatności
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
Osoba kontaktowa do wstrzymania i wycofania			<b>PROSZĘ WYPEŁNIĆ DANE DLA WSZYSTKICH LOKALIZACJI</b> – w przypadku większej ilości lokalizacji dodaj wiersz poniżej			
Lp.	Imię i nazwisko		Telefon stacjonarny i komórkowy		E-mail	
Ad.1						
Ad.2						
Ad.3						
Ad.4						
Ad.5						

Przedstawiciel Klienta

.....  
(data, pieczętka, podpis)