



# Antrag zur Anmeldung für den **LWVA-Service** von I-Motion

Ein kostenloser Service zur automatisierten Übermittlung der Lagerwertverluste aus Ihrem ADG-Warenwirtschaftssystem

**Die blau markierten Angaben bitte unbedingt ausfüllen, da sonst keine weitere Bearbeitung des Antrages erfolgen kann.**

## 1. Persönliche Angaben

Apotheke: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

BGA-/IDF-Nr.: \_\_\_\_\_ I-Motion Kd-Nr.:<sup>1)</sup> \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Straße / Hausnr.: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

1) falls bekannt

## 2. Produktauswahl

Nach der Zusendung Ihres unterschriebenen Antrages und erfolgreicher Bearbeitung erhalten Sie ein Schreiben mit den nötigen Zugangsdaten für Ihr Warenwirtschaftssystem.

Ja, ich wünsche die Teilnahme am LWVA-Service der I-Motion GmbH

### Aktuell werden folgende Pharmahersteller unterstützt:

Hexal AG • TAD Pharma GmbH • Betapharm Arzneimittel GmbH • ALIUD PHARMA GmbH •  
Glenmark Arzneimittel GmbH • 1 A Pharma GmbH • Aristo Pharma GmbH • 123 Acurae Pharma GmbH

## 3. Bankverbindung

Bitte überweisen Sie die LWVA Erstattung auf das folgendes Konto:

Vorname, Name des Kontoinhabers: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

Ich stimme zu, dass meine Kontodaten zum Zweck der Rückerstattung erhoben und an die Pharmaindustrie weitergegeben werden.

Ich akzeptiere die AGB der I-Motion GmbH

Hiermit bestätige ich, dass ich die AGB der I-Motion GmbH gelesen habe und akzeptiere diese als Bestandteil dieses Leistungsangebotes. Die AGB der I-Motion GmbH finden Sie am Ende dieses Antrages sowie online unter:  
<https://www.i-motion.de/Homepage/Agb>

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Für telefonische Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung: 0911 / 936 336 - 0**  
Sie erreichen unser Kundencenter montags bis freitags von 8:00 bis 18:00 Uhr

**Bitte füllen Sie den Antrag vollständig aus und senden Sie diesen unterschrieben an uns zurück:**