

**Die Zelhealth GmbH stellt Ihnen ab 01.07.2022
das neue Bestellverfahren MSV3 zur Verfügung!**

Sehr geehrte Frau Apothekerin,
sehr geehrter Herr Apotheker,

Sie können ab sofort über das neue MSV3-Verfahren bei uns bestellen. Damit auch Sie unsere MSV3 nutzen können, sind folgende Angaben in Ihrem Apothekensystem erforderlich:

IDF-Nummer der Zelhealth GmbH: 9981382
Anbiaternummer der Zelhealth GmbH in Taxe: 9666

Webservice URL (Produktiv):

<https://pharmaweb-service.de/msv3service/Msv3Service.svc/zelhealth/msv3>

Zu beachten: Diese MSV3-URL wird entweder mit dem nächsten Änderungsdienst durch Ihren Apothekensystemanbieter in Ihr System eingelesen oder Sie müssen sie selbst eintragen. Falls die URL nicht durch Ihr Apothekensoftwarehaus in Ihr System eingelesen wurde und Sie sie auch nicht selbst eintragen können, kontaktieren Sie Ihren Betreuer, um weitere Schritte mit ihm abzustimmen.

Ihre Zugangsdaten (Produktiv):

Kundenkennung: BGA der Apotheke (z.B. 1234567)
Passwort: ZELHE+BGA der Apotheke (z.B. ZELHE1234567)

Zu beachten: Die Zugangsdaten müssen sie selbst eintragen.

Um zu kontrollieren, ob die URL und die Zugangsdaten korrekt eingetragen sind, rufen Sie direkt aus Ihrem Apothekensystem die MSV3-Funktion „Verbindung testen“ auf. Wenn Sie eine Rückmeldung „Verbindung erfolgreich“ sehen, können Sie MSV3 ab sofort nutzen. Alternativ können Sie die MSV3-Funktion „Vertragsdaten abfragen“ aufrufen. Wenn unsere Vertragsdaten in Ihrem System angezeigt werden, können Sie MSV3 ab sofort nutzen. Andernfalls überprüfen Sie bitte, ob die Zugangsdaten korrekt eingetragen sind und wiederholen den Registrierungsvorgang.

Sollten Sie noch Fragen (u.a. Zugangsdaten) haben, steht Ihnen unser Team jederzeit gerne zur Verfügung:

Kundenservice: Tel.: 0049 40 85337 630, Email: info@zelhealth.com

Wir benötigen die nachfolgenden Daten von Ihnen:

- IDF (BGA/BTM)-Nummer Ihrer Apotheke: _____
(unbedingt)
- Kundennummer bei „Zelhealth GmbH“: _____
(falls Sie schon unser Kunde sind)
- Apotheke: _____ Inhaber-Name: _____
- Strasse: _____
- PLZ / Ort: _____ Datum / Unterschrift: _____

Ihre Zelhealth GmbH