

FICHE DE RENSEIGNEMENT FOURNISSEUR

CIP/ACL - V2 – Nov. 2014

Date de mise à jour :

SOCIETE				
Raison sociale :				
Adresse siège social :		Code Postal :		
		Ville :		
		Site internet :		
SIRET :				
N° TVA intracommunautaire :				
Nature de l'activité	Fabricant/Exploitant	Dépositaire	Prestataire	Distributeur
	G-Répartiteur	Autre		
Etablissement pharmaceutique	OUI	NON		
Dématérialisation	Marchés	Commandes	Factures	Catalogue
	GLN :			
MARCHES				
Signataire effectif du marché				
Nature de l'activité	Fabricant/Exploitant	Dépositaire	Prestataire	Distributeur
	G-Répartiteur	Autre		
Raison sociale :		E-mail cellule marché :		
Adresse :		Téléphone :		
Code postal :		Fax :		
Ville :				
COMMANDES/FACTURATION				
Adresse des commandes (raison sociale si besoin):		Code Postal :		
		Ville :		
E-mail :		Téléphone :		
Commentaires :				
Commande EDI				
Fréquence/Heures de relèves des commandes :		Commande urgente EDI <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Heure limite de relève :				
Délai moyen de livraison à compter de la réception de la commande :				
Commande Fax				
Heure limite :		Fax :		
Délai moyen de livraison à compter de la réception de la commande :				
Commande urgente				
Heure limite pour réception sous 24h :		Heure limite pour réception sous 48h :		
Exception livraison certains produits		OUI	NON	
Traitement des commandes exceptionnelles WE et jours fériées		OUI	NON	
Frais HT :		Commentaires :		
Facturation (il est préférable de joindre votre RIB)				
Coordonnées bancaires IBAN :		BIC :		
Raison sociale de la facture :				
CONTACTS				
	Nom Prénom	Téléphone	E-mail	Fax
Prix				
Commande/Livraison				
Facture				
Responsable grand compte/marché				
Pharmacovigilance				
Matéiovigilance				
Information médicale				
ATU				
Autre				