|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SOCIETE** | | | | | | | | | |
| **Raison sociale :**  **Adresse siège  :** | | | | | | | | | |
| **SIRET :**  **Code APE :** | | | | | | | | | |
| **Nature de l’activité**  Fabricant / Exploitant  Dépositaire  Prestataire  Distributeur  Grossiste-Répartiteur  Autre :  Origine des produits : France :       % CEE :      % Autres :     % | | | | | | | | | |
| Etablissement pharmaceutique  OUI  NON  N° d’agrément ministériel :       en date du  Nom et prénom du Pharmacien Responsable :  N° d’inscription à l’Ordre :       en date du | | | | | | | | | |
| **Nature de l’activité**  Fabricant / Exploitant  Dépositaire  Prestataire  Distributeur  Autre : | | | | | | | | | |
| **Référence N° Client (CHRU) :** | | | | **Référence N° Client (CH Commercy) :** | | | | | |
| **Référence N° Client (CH Pompey) :** | | | | **Référence N° Client (CH Dieuze) :** | | | | | |
| **Référence N° Client (CH Pont-à-Mousson) :** | | | | **Référence N° Client (CH Toul) :** | | | | | |
| **Référence N° Client (CPN Laxou) :** | | | | **Référence N° Client (CH Lunéville) :** | | | | | |
| **Référence N° Client (3H Santé) :** | | | | **Référence N° Client (CH Ravenel) :** | | | | | |
| **Référence N° Client (CH St Nicolas de Port) :** | | | |  | | | | | |
| **COMMANDES/FACTURATION** | | | | | | | | | |
| **Adresse** **des commandes** (raison sociale si besoin) : | | | | | Code Postal : | | | | |
| Ville : | | | | Pays : |
| E-mail : | | | | | Téléphone :  Fax : | | | | |
| Commentaires : | | | | | | | | | |
| Reprise de produits périmés : NON  OUI : sur acceptation préalable :  NON OUI: Nom et Prénom du contact : | | | | | | | | | |
| **Commande EDI** | | | | | | | | | |
| Fréquence/Heures de relèves des commandes : | | | | | Commande urgente par EDI  OUI  NON | | | | |
| Heure limite de relève : | | | | | Commentaires : | | | | |
| Délai moyen de livraison à compter de la réception de la commande : : | | | | | | | | | |
| **Commande fax et / ou mail** | | | | | | | | | |
| Heure limite : | Fax : | | | | Mail : | | | | |
| Délai moyen de livraison à compter de la réception de la commande : | | | | | | | Commande par EDI  OUI  NON | | |
| **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 | | | | | | | | | |
| Commentaires : | | | | | | | | | |
| **CONTACTS** | | | | | | | | | |
|  | | **Nom Prénom** | **Téléphone** | | | **Fax** | | **E-mail** | |
| **Commande / Livraison** | |  |  | | |  | |  | |
| **Facture** | |  |  | | |  | |  | |
| **Service marchés Hospitaliers** | |  |  | | |  | |  | |
| **Commercial Local** | |  |  | | |  | |  | |
| **Pharmacovigilance / Matériovigilance** | |  |  | | |  | |  | |
| **Information médicale** | |  |  | | |  | |  | |
| **Visite médicale** | |  |  | | |  | |  | |
| **ATU** | |  |  | | |  | |  | |
| **Autre :…………………………………………** | |  |  | | |  | |  | |

**A JOINDRE IMPERATIVEMENT A VOTRE OFFRE**