

**FICHE RENSEIGNEMENT FOURNISSEUR**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SOCIETE** | | | | | |
| **Raison sociale :** | | | | | |
| Adresse siège social :  PME/PMI : □ OUI □ NON 1 | | | Code Postal : | | |
| Ville : | | |
| Site internet : | | |
| SIRET et SIREN : | | | | | |
| 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** : | | | Code Postal : | | |
| Ville : | | |
| E-mail : | | | Téléphone : | | |
| Raison Sociale du point de commande : | | | | | |
| Commentaires : | | | | | |
| **Commande par EDI (hospitalis) : □ OUI □NON** | | | | | |
| Fréquence/Heures de relèves des commandes : | | |  | | |
| Heure limite de relève : | | |  | | |
| Adresse mail en EDI : Code robot : | | | | | |
| **Commande par Fax** | | | | | |
| Heure limite : | | | Fax : | | |
| **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 | | | | | |
| Commande urgente EDI □ OUI □ NON | | | Commentaires : | | |
| **CONTACTS** | | | | | |
|  | Nom Prénom | Téléphone | | E-mail | Fax |
| Prix |  |  | |  |  |
| Commande/Livraison |  |  | |  |  |
| Facture |  |  | |  |  |
| Responsable grand compte/Directeur des ventes |  |  | |  |  |
| Pharmacovigilance |  |  | |  |  |
| Matériovigilance |  |  | |  |  |
| Information médicale |  |  | |  |  |
| ATU |  |  | |  |  |
| Autre |  |  | |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **NUMERO CLIENT HCL DONNE PAR LE FOURNISSEUR** | *A compléter par le fournisseur* |