

**SOCIETE**

Nom : .....  
 Forme juridique : SA SCA SNC Autre : .....  
 Siège Social : .....  
 .....  
 .....  
 Code Postal ..... Ville .....  
 Téléphone standard : ..... Télécopie : ..... E.Mail : .....

SIREN : .....  
 SIRET : .....  
 INSEE : .....  
 APE : .....

Registre du Commerce : ..... en date du : .....

Capital Social : .....

Nature de l'activité : Fabricant Commerçant Prestataire

Nombre d'employés : < 500 >500

Origine des produits : France : ..... % CEE : .....% Autre : .....%

**SYSTEME D'ASSURANCE QUALITE**

Etablissement Pharmaceutique : NON OUI N° d'agrément ministériel : ..... en date du : .....

Nom & Prénom du Pharmacien Responsable : .....

Numéro d'inscription à l'Ordre : ..... Section B en date du : .....

Certification : ☐ ISO 9001 ☐ ISO 9002 ☐ ISO 9003 ☐ EN46001 ☐ EN 46002

Nom de l'organisme notificateur : ..... G.MED ou autre.....

**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

\* Coordonnées bancaires (RIB / RIP) : .....

\* Existence d'un Distributeur ou Revendeur : NON OUI Nom : .....

Si OUI, est-il Etablissement Pharma. : NON OUI N° d'agrément ministériel : ..... en date du : .....

Nom & Prénom du Pharmacien Responsable : .....

N° d'inscription à l'Ordre : ..... en date du : .....

Est-il certifié : Certification : ☐ ISO 9001 ☐ ISO 9002 ☐ ISO 9003 ☐ EN46001 ☐ EN 46002

Nom de l'organisme notificateur AFAQ : .....

\* Marchés Hospitaliers : Nom & Prénom : .....

Signataire : ..... Adresse : .....

.....

.....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Télécopie : .....

\* Commandes : Nom & Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Télécopie : .....

Délais de livraison : Les délais de livraisons sont fixés à \_\_ jours à réception du bon de commande

Heure limite pour livraison sous 24 heures : Urgence jusqu'à \_\_ heure maximum pour la Sarthe (sauf week-end)

Traitement des commandes exceptionnelles les WE & jours fériés : ☐ NON ☐ OUI

* Informations/Réclamations	Nom & Prénom	Téléphone	Télécopie	E.mail
Prix				
Commande				
Livraison				
Facture				

E.D.I. : ☐ Marchés ☐ Commandes ☐ Factures

Reprise de produits périmés : ☐ OUI ☐ NON

**AUTRES INFORMATIONS UTILES**

	Nom & Prénom	Téléphone	Télécopie	E. mail
Pharmaco/Matériovigilance				
Informations médicales				
Visite médicale (Siège)				
Directeur régional				
Délégué médical				