

## FICHE DE RENSEIGNEMENT FOURNISSEUR

CIP/ACL - V2 – Nov. 2014

Date de mise à jour :

SOCIETE						
<b>Raison sociale :</b>						
Adresse siège social :			Code Postal :			
			Ville :			
			Site internet :			
SIRET :						
N° TVA intracommunautaire :						
<b>Nature de l'activité</b>	Fabricant/Exploitant	Dépositaire	Prestataire	Distributeur	G-Répartiteur	Autre
Etablissement pharmaceutique	OUI	NON				
<b>Dématérialisation</b>	Marchés	Commandes	Factures	Catalogue	GLN :	
MARCHES						
<b>Signataire effectif du marché</b>						
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						
<b>Adresse</b> des commandes (raison sociale si besoin):			Code Postal :			
			Ville :			
E-mail :			Téléphone :			
Commentaires :						
<b>Commande EDI</b>						
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 :						
<b>Commande Fax</b>						
Heure limite :			Fax :			
Délai moyen de livraison à compter de la réception de la commande :						
<b>Commande urgente</b>						
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 fériés			OUI		NON	
Frais HT :			Commentaires :			
<b>Facturation (il est préférable de joindre votre RIB)</b>						
<b>Coordonnées bancaires</b> IBAN :			BIC :			
<b>Raison sociale</b> de la facture :						
CONTACTS						
	Nom Prénom	Téléphone	E-mail	Fax		
Prix						
Commande/Livraison						
Facture						
Responsable grand compte/marché						
Pharmacovigilance						
Matéiovigilance						
Information médicale						
ATU						
Autre						