

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				