** FICHE DE RENSEIGNEMENTS FOURNISSEUR**

### SOCIÉTÉ

Nom :

Forme juridique : SA SCA SNC Autre :

Siège social :

Code Postal : Ville :

Téléphone standard : Email :

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 : % Autres : %

### SYSTÈME D’ASSURANCE QUALITÉ

## Établissement Pharmaceutique : NON OUI N° d’agrément ministériel : En date du :

## Nom & prénom du pharmacien responsable :

## N° d’inscription à l’Ordre : en date du :

Certification : ISO 9001 ISO 9002 ISO 9003 EN 46001 EN 46002

## Nom de l’organisme certificateur :

### RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

**Coordonnées bancaires** (RIB/RIP) :

## **Existence d’un distributeur ou revendeur :** NON OUI Nom :

## Si OUI. Est-il Etablissement Pharmaceutique : 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 : ISO 9001 ISO 9002 ISO 9003 EN 46001 EN 46002

Nom de l’organisme certificateur :

**Marchés Hospitaliers :** Nom & prénom :

Signataire Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : ………………………… Télécopie :

Email : ………………………………………..

**Commandes :** **Nom & prénom**:…………………………………………………..

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : ………………………… Télécopie :

Email : ………………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * Informations/Réclamations | Nom & prénom | Téléphone | Télécopie | Email |
| Prix |  |  |  |  |
| Commande |  |  |  |  |
| Livraison |  |  |  |  |
| Facturation |  |  |  |  |

E.D.I : Marchés Commandes Factures

### AUTRES INFORMATIONS UTILES

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nom & prénom | Téléphone | Télécopie | Email |
| Pharmaco/Matériovigilance |  |  |  |  |
| Informations médicales |  |  |  |  |
| Visite médicale (Siège) |  |  |  |  |
| Délégué régional |  |  |  |  |