

INFORMATIONS GENERALES :

NOM SOCIETE	
NOM COMMERCIAL (si different)	
ADRESSE	
ADRESSE DE FACTURATION	
ADRESSE DE LIVRAISON (Si different)	
NUMERO DE TELEPHONE	
ADRESSE MAIL	
NUMERO FAX	
DEVISE REGLEMENT	
NUMERO ENREGISTREMENT REGISTRE COMMERCE	
NUMERO ATTESTATION FISCALE	
ANNEE DE CREATION SOCIETE	
NOM DE AUTORITE PHARMACEUTIQUE LOCALE WEBSITE (Pour controler validité agrement)	
REFERENCE AUTORISATION OUVERTURE DATE OUVERTURE	
REFERENCE INSCRIPTION CONSEIL ORDRE PHARMACIEN DATE INSCRIPTION	
REFERENCE CERTIFICAT BPD (si possible) DATE DE VALIDITE	
REFERENCE LICENCE PSYCHOTROPE (si necessaire)	
NOM BANQUE	
ADRESSE BANQUE	
NUMERO COMPTE BANQUE	
IBAN / SWIFT	

CONTACTS SOCIETE :

DIRECTION

NOM:

EMAIL:

PHARMACIEN RESPONSABLE

NOM :

EMAIL:

RESPONSABLE ACHAT

NOM:

EMAIL:

RESPONSABLE LOGISTIQUE

NOM:

EMAIL:

RESPONSABLE COMPTABILITE

NOM:

EMAIL:

CATEGORIE ACTIVITE PHARMACEUTIQUE

TYPE ACTIVITE

☐ OFFICINE
 ☐ GROSSISTE
 ☐ HOPITAL
 ☐
CATEGORIE DE PRODUITS
AUTORISES PAR VOTRE
LICENCE
☐ MEDICAMENT
 ☐ PARAPHARMACIE
 ☐ PSYCHOTROPE

AUTRE (Preciser)

DOCUMENTS A JOINDRE

☐ AUTORISATION OUVERTURE / LICENCE D'EXPLOITATION
☐ ATTESTATION INSCRIPTION CONSEIL ORDRE PHARMACIEN

INFORMATIONS COMMERCIALES ET FISCALES

DOCUMENTS A JOINDRE

☐ REGISTRE DU COMMERCE
☐ DECLARATION FISCALE D'EXISTENCE

Je soussigné certifie que les informations communiquées sont conformes aux activités de notre société .

Nom du Pharmacien Responsable :

Cachet de la Société :

Signature du Pharmacien Responsable :

Date :

Validation et Qualification MEMO PHARMA EXPORT

<u>Documents</u>	<u>AD</u>	<u>Ventes</u>	<u>Comptabilité</u>	<u>Pharmacien responsable</u>
Autorisation ouverture				
Inscription COP				
Registre du commerce				
Déclaration Fiscale Existence				
Date Creation				
Visa				