

COMPTE CLIENT PHARMACIE

(création et/ou mise à jour données)

Date :

Cachet de la pharmacie :

Merci de faire parvenir les éléments par mail à Contact@UniversSante.com ou par fax 04 92 29 17 41
Joindre CGV signées (au verso), SIRET et un RIB s'il y a lieu (voir conditions de paiement ci-dessous)

Nom de l'officine :

SIRET : _____

(Format : 14 Chiffres)

Nom du/des titulaire(s) :

Adresse complète :

Téléphone(s) :

Fax :

Mail (Identifiant de connexion sur le site www.UniversSante-Catalogue.com, mot de passe communiqué par mail dès l'activation du compte) :

Répartiteurs (CPM, Alliance....) :

Coordonnées de la personne en charge du matériel médical (facultatif) :

Paiement :

Par LCR 30 jours fin de mois, **joindre un RIB**

Par virement (envoi de mes produits à réception de mon paiement)

Rattachement à un groupement s'il y a lieu (Type GIE : Nom, Statut déposé Oui/Non, Pers.Responsable...) :