

LIEFERANTENDATEN-FRAGEBOGEN

Durch den Lieferanten auszufüllen

KORRESPONDENZ

Firma: _____
Strasse/Nr.: _____
Postfach _____
PLZ/Ort: _____
Land: _____
Telefon: _____
Fax: _____
Branche: _____
Korrespondenzsprache: _____
GLN: _____
Homepage: _____
Zentrale Emailadresse: _____

BESTELLANGABEN

→ Lieferung franko Haus ohne Mindestbestellwert.

Bestellform: EDI EDI-Code: _____
 e-mail Adresse: _____

Lieferfrist (Beschaffungszeit): _____ Tage (max. 3 Tage)

Vorschlag Bestelltag (Wochentag): MO (6) Wöchentlich
 DI (12) 14 Tage
 MI (24) Monatlich
 DO
 FR

Nachlieferung bei Rückstand: Ja Nein

Bestelladresse: _____
(wenn anders als Korrespondenzadresse)

W201FOU10/1-DE

RETOURENBEDINGUNGEN

Akzeptieren Sie Kundenretouren via Grossist?

- Ja (→ bitte Formular Retourenbedingungen ausfüllen)
 Nein

Retourenadresse:

(wenn anders als Korrespondenzadresse)

RECHNUNGSANGABEN FÜR WARENLIEFERUNGEN

Ihre Bankverbindung:

IBAN:

SWIFT / BIC:

Konto-Nr.:

Clearing-Nr.:

Bankadresse:

Name:

Strasse/Nr.:

PLZ/Ort:

Land:

Ihre Rechnungsadresse:

(wenn anders als Korrespondenzadresse)

MWST-Nummer:

Zahlungskonditionen:

- 15 Tage, % Skonto
 30 Tage, % Skonto

Währung:

CHF

e-Mail für Bonus-Rabatt-Abrechnung:

e-Mail für Logistikkosten-Abrechnung

RECHNUNGSANGABEN FÜR MARKETINGAKTIVITÄTEN / DIENSTLEISTUNGEN

Unsere Bankverbindung:

IBAN:

CH 79 0024 7247 9594 5601 W

SWIFT / BIC:

UBSWCHZH80A

Konto-Nr.:

95945601W

Clearing-Nr.

00247

Bankadresse:

UBS AG

Bahnhofstrasse 45

CH-8098 Zürich

Unsere Adresse:

Unione Farmaceutica Distribuzione SA

Via Figino 6

6917 Barbengo-Lugano

MWST-Nummer:

CHE-105.719.926 MWST

Zahlungskonditionen:

30 Tage, netto

Währung:

CHF

W201FOU10/1-DE

VERHANDLUNGSPUNKTE MIT DEM ZUSTÄNDIGEN EINKÄUFER

- _Sortimentsaufnahmeentscheid
- _Marketingaktivitäten
- _Einkaufskonditionen
- _Konformitätserklärung des Lieferanten
- _weitere Punkte

BEILAGEN

- _Handelsregisterauszug
- _Muster Faktura
- _Bewilligungen BAG / Swissmedic
- _ISO Zertifikate
- _Konformitätserklärung
- _Formular Retourenbedingungen

UNTERSCHRIFT

Verantwortlich für die Richtigkeit der Angaben:

Name: _____
Abteilung: _____
Position: _____
Telefon: _____
Fax: _____
Email: _____

Ich habe gelesen und akzeptiere die Allgemeine Einkaufsbedingungen (AEB) von UFD.

Ort, Datum

Unterschrift

BITTE SENDEN SIE DAS AUSGEFÜLLTE FORMULAR ZURÜCK AN:



Unione Farmaceutica Distribuzione SA
Einkauf
Via Figino 6
CH – 6917 Barbengo-Lugano