

LIEFERANTENDATEN-FRAGEBOGEN

Durch den Lieferanten auszufüllen

KORRESPONDENZ

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

BESTELLANGABEN

→ Lieferung franko Haus ohne Mindestbestellwert.

Bestellform:	<input type="checkbox"/> EDI	EDI-Code:	
	<input type="checkbox"/> Fax	Fax-Nummer:	
	<input type="checkbox"/> e-mail	Adresse:	

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

Vorschlag Bestelltag (Wochentag):	Intervall:
<input type="checkbox"/> MO	<input type="checkbox"/> (6) Wöchentlich
<input type="checkbox"/> DI	<input type="checkbox"/> (12) 14 Tage
<input type="checkbox"/> MI	<input type="checkbox"/> (24) Monatlich
<input type="checkbox"/> DO	
<input type="checkbox"/> FR	

Nachlieferung bei Rückstand:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
------------------------------	---

Bestelladresse:
(wenn anders als Korrespondenzadresse)

RETOURENBEDINGUNGEN

Akzeptieren Sie Kundenretouren via Grossist?	<input type="checkbox"/> Ja (→ bitte Formular Retourenbedingungen ausfüllen)
	<input type="checkbox"/> 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:	Bei Erstbestellungen:	
	<input type="checkbox"/> 15 Tage, _____% Skonto	
	<input type="checkbox"/> 30 Tage, _____% Skonto	
	<input type="checkbox"/>	
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	

VERHANDLUNGSPUNKTE MIT DEM ZUSTÄNDIGEN EINKÄUFER

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

BEILAGEN

- _Handelsregisterauszug
- _Muster Faktura
- _Bewilligungen BAG / Swissmedic
- _ISO Zertifikate
- _Konformitätsbescheinigung

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