

## FORMULAIRE FOURNISSEUR-COLLECTE DES DONNÉES

*À remplir par le fournisseur*

### Correspondance

Société :	_____
Rue/N° :	_____
Boîte postale:	_____
Code postal/ville:	_____
Pays:	_____
Téléphone:	_____
Fax:	_____
Branche:	_____
Langue de correspondance:	_____
GLN:	_____
Homepage:	_____
Adresse email:	_____

### Informations relatives à la commande

→ Livraison franco de port, sans montant minimum de commande

Forme de la commande:	<input type="checkbox"/> EDI	EDI-Code:	_____
	<input type="checkbox"/> e-mail	Adresse:	_____
Délai de livraison (délai d'approvisionnement)	_____ Jours (max. 3 Jours)		
Proposition jour de commande (jour de la semaine)	<input type="checkbox"/> LU <input type="checkbox"/> MA <input type="checkbox"/> MER <input type="checkbox"/> JE <input type="checkbox"/> VE	Fréquence:	<input type="checkbox"/> (6) Hebdomadaire <input type="checkbox"/> (12) 14 Jours <input type="checkbox"/> (24) Mensuel
Livraison ultérieure en cas de retard	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	_____
Adresse de commande : (si différente de l'adresse de correspondance)	_____		

# Formulaire fournisseur-Collecte des données



W201FOU10/1-FR

## Conditions de retour

Acceptez-vous les retours des clients via le grossiste?

- Oui (→ veuillez remplir le Formulaire sur les conditions de retour)  
 Non

Adresse de retour:  
(si différente de l'adresse de correspondance)

## Données de facturation pour les livraisons de marchandises

Vos coordonnées bancaires:

IBAN: \_\_\_\_\_  
SWIFT / BIC: \_\_\_\_\_  
N° de compte \_\_\_\_\_  
N° de clearing.: \_\_\_\_\_

Adresse de la banque:

Nom: \_\_\_\_\_  
Rue/N°.: \_\_\_\_\_  
Code postal/ville: \_\_\_\_\_  
Pays : \_\_\_\_\_

Votre adresse de facturation:  
(si différente de l'adresse de correspondance)

Numéro de TVA:

Conditions de paiement:

- 15 Jours,      % d'escompte  
 30 Jours,      % d'escompte

Devise:

CHF

E-mail pour le décompte des rabais de bonus:

e-Mail pour le décompte des coûts logistiques

## Données de facturations

Nos coordonnées bancaires:

IBAN: CH 79 0024 7247 9594 5601 W  
SWIFT / BIC: UBSWCHZH80A  
N° de compte.: 95945601W  
N° de clearing : 00247

Adresse de la banque:

UBS AG  
Bahnhofstrasse 45  
CH-8098 Zürich

Notre adresse:

Unione Farmaceutica Distribuzione SA  
Via Figino 6  
6917 Barbengo-Lugano

Numéro de TVA:

CHE-105.719.926 MWST

Conditions de paiement:.

30 Jours, net

Devise:

CHF

**Les champs non remplis doivent être annulés**

Auteur: Simone Silvestri  
Valable du: 15.09.2022

## Points de négociation avec l'acheteur compétent

- Décision de référencement de la gamme
- Activités de marketing
- Conditions d'achat
- Déclaration de conformité du fournisseur
- Autres points

## Documents annexes

- Extrait du registre du commerce
- Modèle de facture
- Autorisations OFSP (Office fédéral de la santé publique) / Swissmedic
- Déclaration de conformité
- Certificats ISO
- Formulaire sur les conditions de retour

## Signature

Personne responsable de l'exactitude des informations

Nom: \_\_\_\_\_

Département: \_\_\_\_\_

Poste: \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**J'ai lu et j'accepte les conditions générales d'achat (CGA) de l'UFD.**

Lieu, Date

Signature

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**VEUILLEZ RENVoyer LE FORMULAIRE REMPLI À:**



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