

## QUESTIONARIO FORNITORI

**Da compilare dal fornitore**

### CORRISPONDENZA

Ragione sociale: \_\_\_\_\_  
Via/No.: \_\_\_\_\_  
Casella postale: \_\_\_\_\_  
CAP/luogo: \_\_\_\_\_  
Paese: \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_  
Ramo: \_\_\_\_\_  
Lingua di corrispondenza: \_\_\_\_\_  
GLN \_\_\_\_\_  
Homepage: \_\_\_\_\_  
Indirizzo email generale: \_\_\_\_\_

### INFORMAZIONE SULLA COMANDA

→ Consegna franco domicilio senza minimi comanda

Comanda per:  EDI EDI-Code: \_\_\_\_\_  
 e-mail Indirizzo: \_\_\_\_\_

Tempi di consegna: \_\_\_\_\_ Giorni

Proposta d'ordine (giorni feriali):  LU  MA  ME  GIO  VE

Intervalli:  (6) settimanale  (12) 14 giorni

Fornitura merci in nota:  Si  No

Indirizzo ordine:  
(se diverso dall'indirizzo di corrispondenza) \_\_\_\_\_

**I campi non compilati devono essere annullati**

Autore: Simone Silvestri

Valido dal: 01.07.2025

# Questionario fornitore-Raccolta dati

C1 - Interno



W201FOU10/2-IT

Si accettano ritorni tramite il grossista?

- Sì (→ compilare il formulario Condizioni di ritorno)  
 No

Indirizzo di ritorno:

(se diverso dall'indirizzo di corrispondenza)

## CONDIZIONI DI RITORNO

## INFORMAZIONE DI FATTURAZIONE PER MERCE FORNITA

Vostri dati della banca:

IBAN:

SWIFT / BIC:

Conto-No.:

Clearing-No.:

Indirizzo banca:

Nome:

indirizzo/No.:

CAP/Luogo:

Paese:

Indirizzo di fatturazione:

(se diverso dall'indirizzo di corrispondenza)

Numero IVA:

Condizioni di pagamento:

Sui primi ordini: 180 giorni, netto

- 15 giorni, \_\_\_\_\_% sconto  
 30 giorni, \_\_\_\_\_% sconto  
 45 giorni, \_\_\_\_\_% sconto  
 60 giorni, netto

Valuta:

e-Mail per conteggio recupero condizione

Bonus:

e-Mail per conteggio recupero costi logistici

## INFORMAZIONI DI FATTURAZIONE PER ATTIVITÀ DI MARKETING / SERVIZI

Nostri dati bancari:

IBAN:

CH 79 0024 7247 9594 5601 W

SWIFT / BIC:

UBSWCHZH80A

Conto-Nr.:

95945601W

Clearing-Nr.

00247

Indirizzo banca:

UBS AG

Bahnhofstrasse 45

CH-8098 Zürich

Nostro indirizzo:

Unione Farmaceutica Distribuzione SA

**I campi non compilati devono essere annullati**

Autore: Simone Silvestri

Valido dal: 01.07.2025

# Questionario fornitore-Raccolta dati

C1 - Interno



W201FOU10/2-IT

---

Numero IVA:

---

Via Figino 6

6917 Barbengo-Lugano

---

CHE-105.719.926 MWST

---

---

**I campi non compilati devono essere annullati**

Autore: Simone Silvestri

Valido dal: 01.07.2025

W201FOU10/2-IT

---

## TEMI TRATTATI CON RESPONSABILE ACQUISTI- PERSONA DI CONTATTO

- \_Articoli contrattuali
- \_Attività di marketing
- \_Condizioni di acquisto
- \_Dichiarazione di conformità del fornitore
- \_Ulteriori punti

## ALLEGATI

- \_ Estratto registro commerciale
- \_ Esempio fattura
- \_ Autorizzazioni BAG / Swissmedic
- \_ Certificati ISO
- \_ Dichiarazione di conformità
- \_ Formulario Condizioni di ritorno

## FIRMA

---

Responsabile dell'accuratezza dei dati:	Nome:	_____
	Dipartimento:	_____
	Posizione:	_____
	Telefono:	_____
	Fax:	_____
	Email:	_____

Ho letto e accetto le condizioni generali d'acquisto (CGA) di UFD.

Luogo, data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

**PER FAVORE RITORNARE IL FORMULARIO COMPILATO A:**



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

---

**I campi non compilati devono essere annullati**

Autore: Simone Silvestri

Valido dal: 01.07.2025