

CRÉATION D'UN NOUVEAU COMPTE



RENSEIGNEMENTS SUR LE CLIENT

Nom et adresse d'expédition

Nom de l'établissement (limite de 30 caractères) : _____

Nom du contact : _____

Adresse : _____

Adresse 2 : _____

Pays : Canada

Province et code postal : _____ Numéro de téléphone : _____

Type de client : Grossiste Hôpital Pharmacie Médecin Représentant commercial
 Autre

Nom et adresse de facturation

Nom : _____ Nom 2 : _____

Adresse : _____

Adresse 2 : _____

Pays : Canada

Province et code postal : _____ Numéro de téléphone : _____

Contact des comptes payables : Nom : _____ Courriel : _____

Moyen de transport (MT) :

Voie terrestre, température ambiante, livré le lendemain – 321

RENSEIGNEMENTS SUR LES PERMIS

Exempt – Aucun permis requis

RENSEIGNEMENTS SUR LES PRIX

Modalités de paiement : Net 30 jours

Ce client s'est-il engagé à des prix contractuels ? N

EXIGENCES EDI

EDI requis : OUI NON

Si oui, transactions requises :

850 Bon de commande

856 Préavis de livraison

810 Facture

820 Avis de paiement

Autre : _____

Veillez envoyer le formulaire complété et adresser toute question à Innomar Strategies.

E-mail: Verity-CSR@innomar-strategies.com Telephone: 1-844-889-8588 Fax: 1-844-435-9677