

Demande d'ouverture de compte client

À COMPLÉTER PAR LE CLIENT :

Raison Sociale :

Adresse de facturation et de règlement :

.....

Code Postal : Ville :

Téléphone : Fax :

SIRET (joindre Kbis) :

N° de TVA intra-communautaire :

Activité :

Adhérent ou membre d'un groupement :

Si Oui, Nom du groupement :

Responsable des achats :

Mme / Mr :

N° de téléphone : N° de portable :

Adresse mail :

Comptabilité :

Mme / Mr :

N° de téléphone : N° de portable :

*Adresse mail :

**Obligatoire pour expédition des factures*

Logistique :

Mme / Mr :

N° de téléphone : N° de portable :

Adresse mail :

En son absence, contacter :

N° de téléphone : N° de portable :

Adresse mail :

Mode de règlement :

Chèque Traite

Virement Autre

À préciser :

Domiciliation bancaire (joindre RIB) :

Autorisation Mailing : Oui Non

Adresse mailing (si différente adresse ci-dessus) :

Demande d'ouverture de compte client

À COMPLÉTER PAR LE CLIENT :

LIEU DE LIVRAISON

Adresse de livraison (si différente de l'adresse de facturation et de règlement) :

Est-il **préférable** de prendre un rendez-vous ? Oui Non

Est-il **obligatoire** de prendre un rendez-vous ? Oui Non

Quels sont les jours de réception de marchandises ?

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

Horaires de réception ?

Jour(s) de fermeture ? Oui Non Si oui, le/lesquel(s) : Lu Ma Me Je Ve

Transitaire (si nécessaire) :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Fax :

Adresse mail :

ACCESSIBILITES CAMIONS & DECHARGEMENT

L'accès est-il possible par :

Gros porteurs, semi-remorques : Oui Non

Véhicules légers : Oui Non

Etes-vous équipés d'un :

Quai de déchargement : Oui Non

Chariot élévateur : Oui Non

Transpalettes : Oui Non

Observations & Consignes :

INTERNE DRIVE DEVILBISS HEALTHCARE FRANCE

N° de compte client SAP :

Commercial :

Facto CIC : Oui Non

Groupe tarifaire clients : Groupe de prix :

Observations & Consignes :

***Toutes modifications / changements quant aux informations transmises sont à nous signaler.**

drive DeVilbiss Healthcare France

Chaussée du Ban la Dame • Parc d'activités Eiffel Energie • ZAC du Ban la Dame • BP 19 • 54390 FROUARD
FRANCE • Tel 03 83 495 495 • Fax. 03 83 495 496 • www.drivedevilbiss.fr • SAS au capital de 4 180 536.00€ • Locataire-gérant de
DeVilbiss Healthcare SAS • R.C.C. Nancy B 622 034 460 / Siren 622 034 460 / Code APE 3092Z / ident. T.V.A. FR 29 622 034 460