

MIEUX SE CONNAITRE De Boissy

Afin de procéder à l'ouverture de votre compte, nous vous remercions de bien vouloir remplir ce document qui nous permettra de mieux vous connaître et d'installer de l'interactivité entre nos 2 sociétés. Spengler Group collecte et utilise les données personnelles pour gérer au mieux les relations administratives et commerciales et mieux servir ses clients. Les informations que vous nous communiquez ne seront en aucun cas transmises à des tiers.

Nous vous remercions par avance de bien vouloir nous renvoyer ce questionnaire rempli par mail, accompagné d'un RIB et d'un extrait Kbis.

| | | | |
|--------------------------------------|----|----------|------|
| Nom de l'entreprise / Raison sociale | | | |
| Adresse | | | |
| Ville | CP | | Pays |
| Site web | | Tél. | |
| Email | | | |
| N° de SIRET | | Code APE | |
| N° INTRA | | | |
| Adresse de facturation | | | |
| Adresse de livraison | | | |

Vous êtes (1 seule réponse possible) :

| Vente Internet majoritairement | Plateformes | Magasins avec lieu de vente |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vente Internet Matériel Médical <input type="checkbox"/> Vente Internet Pharmacie et Parapharmacie <input type="checkbox"/> Vente Internet autre que médicale | <input type="checkbox"/> Plateforme Matériel Médical <input type="checkbox"/> Répartiteur Pharmacie et Parapharmacie <input type="checkbox"/> Plateforme Vétérinaire <input type="checkbox"/> Plateforme Télémédecine | <input type="checkbox"/> Magasin Matériel Médical <input type="checkbox"/> MMM pour Collectivités <input type="checkbox"/> Pharmacie-Parapharmacie <input type="checkbox"/> Magasin Audioprothésiste <input type="checkbox"/> Autres magasins |
| Groupements et centrales | Etablissements – Administrations – Entreprises | |
| <input type="checkbox"/> Groupement et Centrale Matériel Médical <input type="checkbox"/> Groupement et Centrale Clinique Hôpital <input type="checkbox"/> Groupement et Centrale Vétérinaire <input type="checkbox"/> Groupement et Centrale Audioprothésiste <input type="checkbox"/> Centrale Pharmacie et Parapharmacie <input type="checkbox"/> Autres Groupements et Centrales | <input type="checkbox"/> Hôpital-Clinique <input type="checkbox"/> EHPAD-Maison de retraite <input type="checkbox"/> Laboratoire Analyses <input type="checkbox"/> Autres établissements de santé <input type="checkbox"/> Transports d'urgence <input type="checkbox"/> Ecoles, Centres formation, Universités <input type="checkbox"/> Autres collectivités, Associations <input type="checkbox"/> Administration publique (hors santé) <input type="checkbox"/> Entreprise privée (hors santé) | |

Interlocuteurs :

| | |
|--|---------|
| Direction : | |
| <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M. | |
| Tél. : | Email : |
| Achat : | |
| <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M. | |
| Tél. : | Email : |
| Commercial : | |
| <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M. | |
| Tél. : | Email : |
| Comptabilité : | |
| <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M. | |
| Tél. : | Email : |
| Logistique : | |
| <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M. | |
| Tél. : | Email : |
| SAV : | |
| <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M. | |
| Tél. : | Email : |

Faites-vous partie d'un groupement ? Oui Non

Si oui, nom de votre groupement : _____

Disposez-vous d'une surface de vente ? Oui Non

Si oui, quelle superficie : _____

Disposez-vous d'un site e-commerce ? Oui Non

Si oui, adresse du/des sites : _____

Concernant le mode de paiement, nous paramétrons les comptes en paiement 30 jours net par virement.

Souhaitez-vous bénéficier d'un paiement en LCR Non-Accepté ? Oui Non

Souhaitez-vous payer par avance vos commandes sous proforma ? Oui Non

Je reconnais avoir pris connaissance et accepter les conditions générales de vente (ci-après).