

DEMANDE D'OUVERTURE DE COMPTE 2023

INFORMATION SUR LE COMPTE DU CLIENT

Nom du professionnel de la santé (médecin ou pharmacien) ou nom de l'entreprise détenue par le Professionnel de la santé

Numéro de permis d'exercice du Professionnel de la santé

IMPORTANT :

Association professionnelle du Professionnel de la santé

Adresse

Ville

Province

Code postal

Montant de la limite de crédit demandée en CAD

Téléphone

Courriel

Modalités de paiement

Montant net dans les 30 jours suivant l'expédition

Médecin, pharmacien(ne),
infirmier(ère) praticien(ne) ou
autorisé(e) au MB (Infirmier(ère)s
des provinces AB, QC, NB et SK ne
sont pas éligibles)

Titre du Professionnel de la santé

COORDONNÉES DU CLIENT FACTURÉ ET DU PAYEUR, SI ELLES DIFFÈRENT DE CELLES CI-DESSUS

Nom de l'entreprise/établissement

Numéro d'entreprise provincial ou numéro d'enregistrement

a/s du professionnel de la santé mentionné dans la section ci-dessus

Adresse

Ville

Province

Code postal

Personne-ressource aux Comptes fournisseurs

Téléphone

Courriel

COORDONNÉES DE LA PERSONNE-RESSOURCE (LIVRAISON) SI ELLES DIFFÈRENT DE CELLES CI-DESSUS

Nom de l'entreprise/établissement

Numéro d'entreprise provincial ou numéro d'enregistrement

a/s du professionnel de la santé mentionné dans la section ci-dessus

Adresse

Ville

Province

Code postal

Personne-ressource (Livraisons)

Téléphone

Courriel

Seqirus livre surtout les lundis, mardis et mercredis pour assurer l'optimisation de la logistique de la chaîne du froid.

Le client doit s'assurer qu'une personne est sur les lieux pour recevoir les vaccins antigrippaux et les transférer immédiatement au réfrigérateur.

Veuillez prévoir au moins de 48 à 96 heures pour la livraison à compter de la confirmation de votre commande.

IMPORTANT: Le PS atteste qu'il (elle) :

- i) sera directement responsable de l'entreposage du produit, de la tenue des dossiers, etc.,
- ii) supervisera l'injection/l'administration des produits et/ou la délégation appropriée de ces activités, et
- iii) déclare et garantit qu'il (elle) ne vendra pas les vaccins à qui que ce soit d'autre que l'utilisateur final conformément aux lois en vigueur.

J'autorise Seqirus à faire enquête sur l'entreprise et/ou le partenariat que je représente et à obtenir toute l'information pertinente. Le présent document autorise toutes les parties concernées à divulguer l'ensemble des renseignements demandés par le créancier. De plus, je m'engage à respecter la politique commerciale de Seqirus, y compris la disposition générale interdisant l'exportation.

Professionnel de la santé autorisé (nom en lettres moulées)

Professionnel de la santé autorisé (signature)

Date

Signataire autorisé de l'entreprise/établissement (nom en lettres moulées)

Signataire autorisé de l'entreprise/établissement (signature)

Date

* Toutes les commandes sont assujetties aux modalités et conditions :

<https://www.seqirus.ca/key-customer-information>

* Veuillez retourner la demande d'ouverture de compte 2023 dûment rempli par courriel à :

customerservice.ca@seqirus.com