

DEMANDE D'OUVERTURE DE COMPTE - 2024 / 2025

SECTION A: INFORMATION SUR LE COMPTE DU CLIENT VENDU À (OBLIGATOIRE)

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
<input type="text"/>		IMPORTANT : <input type="text"/>
Association professionnelle du Professionnel de la santé		
<input type="text"/>		
Adresse		
<input type="text"/>		
Ville	Province	Code postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Montant de la limite de crédit demandée en CAD	Téléphone	Courriel
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Modalités de paiement	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
Montant net dans les 30 jours suivant l'expédition		<input type="text"/>

SECTION B: 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
<input type="text"/>		<input type="text"/>
a/s du professionnel de la santé mentionné dans la section ci-dessus		
Adresse		
<input type="text"/>		
Ville	Province	Code postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Personne-ressource aux Comptes fournisseurs	Téléphone	Courriel
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SECTION C: COORDONNÉES DE LA PERSONNE-RESSOURCE POUR LA LIVRAISON (OBLIGATOIRE)

Nom de l'entreprise/établissement		Numéro d'entreprise provincial ou numéro d'enregistrement
<input type="text"/>		<input type="text"/>
a/s du professionnel de la santé mentionné dans la section ci-dessus		
Adresse		
<input type="text"/>		
Ville	Province	Code postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Personne-ressource (Livraisons)	Téléphone	Courriel
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CSL 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 CSL 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Signataire autorisé de l'entreprise/établissement (nom en lettres moulées)	Signataire autorisé de l'entreprise/établissement (signature)	Date
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* Toutes les commandes sont assujetties aux modalités et conditions :
* Veuillez retourner la demande d'ouverture de compte dûment rempli par courriel à :

<https://www.csiseqirus.ca/fr-fr/informations-du-client>
customerservice.ca@seqirus.com