Formulaire d'inscription de pharmacie

DES INFORMATION DE FOURNISSEUR

NOM DE LA PHARMACIE

ADRESSE

RUE | *VILLE*

PROVINCE | *CODE POSTAL* | *UNITÉ #*

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

NUMÉRO DE FAX

NUMÉRO D'AGRÉMENT / DE LICENCE

SITE WEB

PERSONNE DE CONTACT

NOM DE FAMILLE | *PRENOM*

POSITION

ADRESSE COURRIEL

FRAIS DE DISTRIBUTION

DATE D'OUVERTURE DE PHARMACIE

MODE DE PAIEMENT

☐ À travers la verification manuelle

☐ À travers le dépôt direct

INFORMATION BANCAIRES

NOM

ADRESSE

Nº D'IDENTIFICATION | *Nº DE TRANSIT* | *Nº DE COMPTE*

J'autorise Esorse Corporation au Crédit/Débit de notre compte. Cette autorization peut être résiliée par l'une ou l'autre

Esorse Corporation ou par mon organisation à travers un préavis écrit.

Nom _____ Signature _____ Date _____

Représentant autorisé

DÉCLARATIONS

Je voudrais recevoir mes relevés par :

☐ Email

☐ Fax

☐ Ne pas envoyer

☐ **S'il vous plait cocher cette case si vous souhaitez recevoir des courriels d'Esorse Corporation que nous avons besoin de votre consentement exprès d'envoyer des messages electroniques commerciaux à votre adress courriel**

HEURES D'OUVERTURE

	MODE	*TEMPS DE*	*LE TEMPS DE*
lundi	Horaire Régulier	h	h
mardi	Horaire Régulier	h	h
mercredi	Horaire Régulier	h	h
jeudi	Horaire Régulier	h	h
vendredi	Horaire Régulier	h	h
samedi	Horaire Régulier	h	h
dimanche	Horaire Régulier	h	h