

Madame, Monsieur,

**Données du client**

Nous vous prions de remplir ce formulaire et de le renvoyer par mail à

[biogenbelgien.hotline@arvato-scs.com ou par fax via 02/219.79.18](mailto:biogenbelgien.hotline@arvato-scs.com%20ou%20par%20fax%20via%20%2002/219.79.18)

Veuillez nous joindre au **02/219.25.97** pour toutes questions complémentaires (du lundi au vendredi de 8h à 17h).

**Pharmacie Grossiste Officine Hospitalière**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de la pharmacie |  |
| Propriétaire  *Si différent du nom de la pharmacie* |  |
| Numéro d’autorisation ou N° APB |  |
| Rue et numéro |  |
| Code postal |  |
| Ville |  |
| Numéro de téléphone |  |
| e-mail |  |
| Numéro de TVA |  |
| Heures d’ouverture de la pharmacie |  |
| Nom du grossiste |  |
| Adresse de facturation  *si différente de l'adresse de livraison* |  |

**Reception Facture en PDF par E-Mail Oui Non**

Signature et Cachet Ville / Date

A compléter par Biogen / Arvato Customer Care Center

|  |  |
| --- | --- |
| Wholesaler distributor (license available) or | Approval given (signature Resp. Person or delegate) |
| Hospital pharmacy or |
|  Pharmacy with license |

Sincères salutations,

*ARVATO CUSTOMER CARE*