



**FORMULAIRE DE CREATION
DE COMPTE CLIENT
(Etablissement de Soins)**

FORMULAIRE DE DEMANDE DE CREATION DE COMPTE CLIENT ETABLISSEMENT DE SOINS



A adresser au Service Client Roche
Par mail : france.bdd@roche.com
Pour toute question veuillez nous contacter au 01 47 61 61 61

VOTRE ADRESSE DE LIVRAISON

Raison Sociale	
Nom du Pharmacien Gérant	
Adresse de livraison	
Code postal / Ville	
Numéro de téléphone	
Numéro de fax	
Adresse mail	
Numéro de Siret	

ARS à joindre à votre formulaire (Autorisation Régionale de Santé délivrée par l'ANSM)

VOTRE ADRESSE DE FACTURATION (à renseigner si différente de l'adresse de livraison)

Raison Sociale	
Nom du Pharmacien Gérant	
Adresse de livraison	
Code postal / Ville	
Numéro de téléphone	
Numéro de fax	
Adresse mail	
Numéro de SIRET	

Vos commentaires	
------------------	--