

QUESTIONARIO FORNITORI

Da compilare dal fornitore

CORRISPONDENZA

Ragione sociale: _____
 Via/No.: _____
 Casella postale: _____
 CAP/luogo: _____
 Paese: _____
 Telefono: _____
 Fax: _____
 Ramo: _____
 Lingua di corrispondenza: _____
 Homepage: _____
 Indirizzo email generale: _____

INFORMAZIONE SULLA COMANDA

→ Consegna franco domicilio senza minimi comanda

Comanda per: EDI EDI-Code:
 Fax Numero fax:
 e-mail Indirizzo:

Tempi di consegna: _____ Giorni (max. 3 Giorni)

Proposta d'ordine (giorni feriali):	Intervalli:
<input type="checkbox"/> LU	<input type="checkbox"/> (6) settimanale
<input type="checkbox"/> MA	<input type="checkbox"/> (12) 14 giorni
<input type="checkbox"/> ME	<input type="checkbox"/> (24) mensile
<input type="checkbox"/> GIO	
<input type="checkbox"/> VE	

Fornitura merci in nota: Si No

Indirizzo ordine:
 (se diverso dall'indirizzo di corrispondenza) _____

CONDIZIONI DI RITORNO

Si accettano ritorni tramite il grossista? Si (→ compilare il formulario Condizioni di ritorno)
 No

Indirizzo di ritorno:
 (se diverso dall'indirizzo di corrispondenza) _____

INFORMAZIONE DI FATTURAZIONE PER MERCE FORNITA

Vostri dati della banca:	IBAN: _____
	SWIFT / BIC: _____
	Conto-No.: _____
	Clearing-No.: _____
Indirizzo banca:	Nome: _____
	indirizzo/No.: _____
	CAP/Luogo: _____
	Paese: _____
Indirizzo di fatturazione: (se diverso dall'indirizzo di corrispondenza)	_____
Numero IVA:	_____
Condizioni di pagamento:	Prima comanda: <input type="checkbox"/> 15 giorni, _____% sconto <input type="checkbox"/> 30 giorni, _____% sconto <input type="checkbox"/> _____
Valuta:	CHF
e-Mail per conteggio recupero condizione Bonus:	_____
e-Mail per conteggio recupero costi logistici	_____

INFORMAZIONI DI FATTURAZIONE PER ATTIVITÀ DI MARKETING / SERVIZI

Nostri dati bancari:	IBAN: CH 79 0024 7247 9594 5601 W
	SWIFT / BIC: UBSWCHZH80A
	Conto-Nr.: 95945601W
	Clearing-Nr. 00247
Indirizzo banca:	UBS AG Bahnhofstrasse 45 CH-8098 Zürich
Nostro indirizzo:	Unione Farmaceutica Distribuzione SA Via Figino 6 6917 Barbengo-Lugano
Numero IVA:	CHE-105.719.926 MWST
Condizioni di pagamento:	30 giorni, netto
Valuta:	CHF

TEMI TRATTATI CON RESPONSABILE ACQUISTI- PERSONA DI CONTATTO

- _Articoli contrattuali
- _Attività di marketing
- _Condizioni di acquisto
- _Dichiarazione di conformità del fornitore
- _Ulteriori punti

ALLEGATI

- _Estratto registro commerciale
- _Esempio fattura
- _Autorizzazioni BAG / Swissmedic
- _Certificati ISO
- _Dichiarazione di conformità

FIRMA

Responsabile dell'accuratezza dei dati:	Nome:	_____
	Dipartimento:	_____
	Posizione:	_____
	Telefono:	_____
	Fax:	_____
	Email:	_____

Ho letto e accetto le condizioni generali d'acquisto (CGA) di UFD.

Luogo, data

Firma

PER FAVORE RITORNARE IL FORMULARIO COMPILATO A:



**Unione Farmaceutica Distribuzione SA
Servizio Acquisti
Via Figino 6
CH – 6917 Barbengo-Lugano**