# Customer Master Sheet Fiche client

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Opening Ouverture | Change Mutation | Change Désactivation |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Company information / Postal address Coordonnées du client** | | |
| Customer number  Numéro de client |  | |
| GLN GLN |  | |
| Name / company (max. 30 characters)  Nom / raison sociale (30 car. max.) |  | |
| Street Rue, n° |  | |
| Postcode / town NPA / lieu |  | |
| Country Pays |  | |
| Tel. / Fax N° de téléphone / Fax |  |  |
| E-Mail E-Mail |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Billing address Adresse de facturation** | |
| Name / company (max. 30 characters)  Nom / raison sociale (30 car. max.) |  |
| Street Rue, n° |  |
| Postcode / town NPA / lieu |  |
| Country Pays |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tariff code** (only one selection permitted) **Code tarifaire** (seule une case peut être cochée) | | |
| No price Sans prix | Pharmacy/drugstore/retail Pha./dro./détaillant | Doctor Médecin |
| Ex Factory Départ usine | Department stores Grands magasins |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LanguageLangue** | | |
| German Allemand | French Français | Italian Italien |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Only authorized for samples Autorisé que pour des livraison d‘échantillons** | Yes Oui | No Non |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Verification by Alloga (delivery address) Vérification par Alloga (adresse de livraison)** | | | |
| MedReg | | | Swissmedic |
| Swissmedic Dispensing category  Swissmedic Catégorie de remise | | | Swissmedic wholesale authorisation  Autorisation de commerce de gros Swissmedic |
| Narcotics licence  Autorisation de stupéfiants | | | Swissmedic Narcotics  Autorisation de stupéfiants Swissmedic |
| Authorisation for self-dispensation Droit propharmacie | Yes Oui | n/a |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Restrictions** | | |
| without immunological products Sans médicaments immunologiques | Yes Oui | n/a |
| without stable blood products Sans produits sanguins stables | Yes Oui | n/a |
| \*\*\*Ohne Ttansplantatprodukte | Yes Oui | n/a |
| Other restrictions Autres restrictions | Yes Oui | n/a |

|  |  |
| --- | --- |
| **Place / date Localité / Date** | **Signature Signature** |
|  |  |
|  | *Person responsible partner Personne responsable partenaire* |

Please send the signed form to Alloga Ltd. by e-mail or fax.

Thank you very much for your cooperation.

Yours sincerely

Alloga Ltd.

Veuillez nous renvoyer ce formulaire signé par e-mail ou par fax à l’adresse d’Alloga SA.

Nous vous remercions de votre collaboration.

Meilleures salutations

Alloga SA