# 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