

Customer Qualification Form – Biogen Belgium	Form-116689
Ref PRCD-66715	



Données du client

Madame, Monsieur,

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
 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 <i>Si différent du nom de la pharmacie</i>	
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 <i>si différente de l'adresse de livraison</i>	

Reception Facture en PDF par E-Mail Oui Non

Signature et Cachet

Ville / Date

A compléter par Biogen / Arvato Customer Care Center

<input type="checkbox"/> Wholesaler distributor (license available) or	Approval given (signature Resp. Person or delegate)
<input type="checkbox"/> Hospital pharmacy or	
<input type="checkbox"/> Pharmacy with license	

Sincères salutations,

ARVATO CUSTOMER CARE

Customer Qualification Form – Biogen Belgium

Form-116689

Ref PRCD-66715