



# FORMULAIRE NOUVEAU CLIENT

## Pharma

Veillez cocher la case correspondante :

- Nouveau client de **Dr. E. Graeub AG**
- Reprise d'un cabinet existant/cabinet existant, nouveau membre d'une chaîne de cabinets médicaux

Chaîne de pratique : *(si disponible)* \_\_\_\_\_

Nom du cabinet : \_\_\_\_\_

Titre : \_\_\_\_\_

Nom/ Prénom : \_\_\_\_\_

Rue/ N° de maison : \_\_\_\_\_

NPA / Lieu : \_\_\_\_\_

Canton : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone mobile : \_\_\_\_\_

Adresse e-mail pour les factures : \_\_\_\_\_

Adresse e-mail pour notre newsletter : \_\_\_\_\_

Publicité/offres souhaitées : oui / non \_\_\_\_\_

Espèce animale/ spécification : \_\_\_\_\_

Numéro GLN (*titulaire du droit de dispensation*) : \_\_\_\_\_

Numéro OGV : \_\_\_\_\_

Numéro REE : \_\_\_\_\_

Chaînes de pratique : (*adresse de facturation, si disponible*) \_\_\_\_\_

(en cas d'appartenance à des chaînes de cabinets différentes, par exemple animaux de rente chaîne de cabinets A et petits animaux chaîne de cabinets B, il faut créer deux clients et des numéros OGV différents)

Chaîne de cabinets pour (sélection petits animaux/ animaux de rente/ autres)

numéro OGV : \_\_\_\_\_

Chaîne de cabinets pour (sélection petits animaux/ animaux de rente/ autres)

numéro OGV : \_\_\_\_\_

Nouveaux clients : Veuillez joindre un extrait du registre des professions médicales.

**ENVOYER**