

## FORMULAIRE DE COMMANDE D'IMPLANTATION

### ADRESSE DE LIVRAISON

Pharmacie : ..... Nom du titulaire : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Téléphone : ..... Fax : ..... E-mail : .....

### ADRESSE DE FACTURATION

Pharmacie : ..... Nom du titulaire : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Téléphone : ..... Fax : ..... E-mail : .....  
Numéro de TVA intracommunautaire : .....

- **Je choisis la version de mon distributeur**

Modèle Squadrata

Modèle Rotondo

- **Je choisis mon mode d'adhésion :**

Location/Vente du distributeur

Achat du distributeur

- **Starting Pack**

Je reçois le Starting Pack adapté à mon distributeur

- **En option :** Je souhaite une balance (non certifiée)

OUI (+16,80 €)

NON

### CONDITIONS GENERALES DE VENTE

Date : ...../...../..... Lieu : .....

Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales de vente, en cochant ici

**Signature et cachet du pharmacien**

### POUR COMMANDER

Adresser ce formulaire de commande d'implantation et les documents listés à l'adresse suivante :  
Pharm'infusio - 4 lotissement Capala - 43800 VOREY

#### **Liste des documents à fournir lors de la première commande :**

- Bon de commande dûment rempli
- Chèque d'acompte de 980 € (pour l'option Achat)
- Un RIB
- Mandat de prélèvement SEPA complété et signé
- Chèque de caution de 500 € (pour l'option Location/Vente du distributeur)