

# DEMANDE CREATION COMPTE CLIENT PROFESSIONNEL

**Montant minimum de la 1ère commande = 500 €**

**Fiche de Renseignements à compléter :**

Raison sociale :

**Typologie du magasin (Merci de cocher)**

Pharmacie

Association

Magasin type "Non médical"

Magasin type "Médical"

Grossiste répartiteur

Autres (Merci de préciser) :

**Numéro d'identification de TVA :**

**Contact :**

**Adresse :**

**Code postal :**

**Ville :**

**Horaire de livraison :**

**Accessibilité livraison (à préciser si difficultés) :**

**Numéro de téléphone :**

**Numéro de fax :**

**Adresse e-mail Générique :**

**Adresse e-mail Facture :**

**Adresse e-mail Devis :**

**Adresse e-mail Accusés de réception :**

**Adresse e-mail Bon de livraison :**

---

INVACARE® POIRIER® S.A.S.  
Route de St Roch 37230 Fondettes  
www.invacare.fr  
commandesfr@invacare.com

Imprimé n°522 Ind 4  
Date de validité à l'impression : 09/06/2017  
Révision annuelle : voir imprimé n°034

