



# Préparatoire du Vieux Port

4, Quai du Port - 13002-Marseille

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS CLIENT Identification

### PHARMACIE (enseigne)

Nom(s) & prénom(s) du ou des titulaire(s) :

Changement de titulaire au :

Adresse :

CP :

Ville :

Tel :

Fax :

E.mail pharmacie :

E.mail facturation :

Groupement :

1er Grossiste :

Agence de :

*PS : Pensez à configurer votre fax en y entrant le nom de votre pharmacie et le numéro de votre fax, cela facilitera l'identification de vos commandes.*

### RENSEIGNEMENTS BANCAIRES

## Votre R.I.B.

BIC

IBAN

Banque :

Adresse :

Tél **0 491 916 310**

Faxez **0 491 904 851**

[commande@pharmacie-du-vieux-port.fr](mailto:commande@pharmacie-du-vieux-port.fr)

Application smartphone : **PVP Pharmacie du vieux port**

