

DEMANDE DE CODE POINT DE VENTES CIP (7 CHIFFRES)

après recherche sur le site www.cip-club.tm.fr

A l'attention du Service Codification du Club Inter-Pharmaceutique
codif@cip-club.tm.fr fax : 01 70 36 03 20

Date :

N° de tél. :

Nom du demandeur :

N° de fax :

Adresse E-mail :

Références du laboratoire

Code CIP laboratoire :

Nom du laboratoire :

Point de ventes

Type

Officine

Médecin propharmacien

Etablissement de santé

Autre

Préciser les domaines d'activité :

Client

Ce point de vente

existait déjà

est nouveau

a été transféré

Code du client du laboratoire :

Coordonnées du point de ventes

Nom :

Complément de nom :

Merci de bien préciser l'adresse géographique

N° et Rue :

Complément :

Boîte postale ou lieu-dit :

Code postal :

Localité :

Téléphone (obligatoire) :

Numéro SIRET :

NB : en cas de transfert, donner les anciens codes et références

Traitement par le CIP

Date :

Code point de ventes CIP (7 chiffres) :

Autres informations :