

Bordereau d'inscription 2016 9es Rencontres de l'Officine

Fax: 04 27 11 83 98 / 09 57 34 21 23

Pour créer et mettre en ligne rapidement votre site internet, merci de bien vouloir **remplir et signer** ce bordereau et de nous le retourner **par fax et par courrier, accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire.**

Je soussigné, **autorise la société KOZEA à faire prélever en sa faveur**, par l'établissement teneur du compte ci-dessous désigné, **le montant de l'abonnement annuel** dont je suis redevable au titre de mon contrat.

| Différentes offres Pharminfo.fr vous sont proposées : | |
|--|--|
| \square ECOWEB (9,90 \in x 12 = 118,80 \in H.T.) : présentation de votre officine sur le web, services rémuné | rés |
| □ FLEXIWEB (29,90€ x 12 = 358,80 € H.T) : options ecoweb + présentation de votre officine sur le v | web, services rémunérés |
| ☐ FLEXIWEB ⊕ (59,90€* x 12 = 718,80 € H.T) : options flexiweb + accès à la réservation d'ordonn | |
| □ OPTIWEB (94,90 ϵ ** x 12 = 1138,80 ϵ H.T.): options flexiweb ϵ + solution complète avec vente expressions. | n ligne - Frais de mise en ligne 390€ HT.* |
| J'ai pris note des points suivants : | 120. |
| - En cas de changement de compte bancaire, je dois aviser la société KOZEA au moins 30 jours | avant la date du prochain règlement. |
| - La présente autorisation est valable jusqu'à résiliation de mon contrat d'abonnement en ap d'Utilisation dont j'ai pris connaissance sur le site www.pharminfo.fr et que j'accepte dans leu | plication des Conditions Générales r intégralité. |
| Raison sociale (société, capital) : | |
| Siren (obligatoire): RCS (Ville): | |
| Nom et prénom du titulaire (en majuscules, obligatoire) : | |
| Mail de la pharmacie (obligatoire) : | |
| N° CPAM (obligatoire) : Logiciel de gestion : | |
| N° de licence de la pharmacie (obligatoire) : | |
| N° d'inscription à l'ordre national des pharmaciens : | |
| Groupement: | |
| Nieuwaka duana da 124kab 15an marak la maraka | |
| Nom et adresse de l'établissement bancaire : | |
| IBAN: | |
| BIC: | |
| Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront don de la société KOZEA à l'adresse ci-dessus, dans les conditions prévues par la délibération n°80 du 1er avril 1980 de la Commission Infor | |
| Autorisation de prélèvement automatique | |
| Sur compte bancaire, CCP ou Caisse d'Épargne, n° national d'émetteur : 552941 J'autorise l'établissement teneur de mon compte à régler directement le montant de mes factures KOZEA. Tout impayé entraînera des frais de recouvrement forfaitaires, conformément à l'article 121-II de la loi n°2012-387 du 22 mars 2012. Ceux-ci sont fixés à 40€ par le décret n°2012-1115 du 2 octobre 2012. | N° Identifiant Créancier SEPA (ICS) FR36ZZZ552941 |
| Cachet de la pharmacie | Nom et adresse de KOZEA |
| | KOZEA SARL 1 rue Louis et Marie-Louise Baumer 69120 VAULX-EN-VELIN |
| | |

KOZEA SARL au capital de 33 000€ - 508 023 694 RCS LYON

Date:

Signature:

^{*} Ce prix inclut l'abonnement du TPE virtuel. Commission de paiement 0.9% du panier HT.