



Centre Spécialités Pharmaceutiques

76 - 78 avenue du Midi - CS 30077 - 63808 Cournon d'Auvergne Cedex - France
Tél. : + 33 (0)4 73 69 28 28 - Fax : + 33 (0)4 73 69 28 50

SAS au capital de 3 015 136 € - RCS Clermont-Ferrand 857 200 521 - SIRET 857 200 521 00022 - APE 4618Z
TVA INTRACOM : FR 43 857 200 521

DATE FACTURE /INVOICE DATE:		21/01/2025	N° FACTURE /NUMBER:	1X50102605
N° BL /ORDER NUMBER:		30297290	PAYEUR /PAYER:	461575
PAGE /PAGE:		1/1	DEVISE /CURRENCY:	EUR
N° REPRESENTANT : REPRESENTATIVE NO.:		00000008	NOM : NAME:	
REF. COMMANDE : ORDER NUMBER:		000032468001285	SITE : LOCATION:	MC
			DATE :	10/12/2024

FACTURE

► **DUPLICATA**

N° CLIENT : 461575
CUSTOMER NO.:

ADRESSE DE LIVRAISON :
DELIVERY ADDRESS:

PHARMACIE DU VALASSE
PARIS SOPHIE & PLESSIET LAURENT
6104 RUE DE L ABBAYE
76210 GRUCHET LE VALASSE

N° CLIENT :
CUSTOMER NO.:461575

ADRESSE DE FACTURATION :
INVOICING ADDRESS:

TVA: FR 24 379 344 112

**PHARMACIE DU VALASSE
PARIS SOPHIE & PLESSIET LAURENT
6104 RUE DE L ABBAYE
76210 GRUCHET LE VALASSE**



CIP	DESIGNATION DESCRIPTION	REFERENCE REFERENCE	QTE FACTURE QTY INVOICED	PRIX TARIF UNITAIRE HT UNIT PRICE EX VAT	1	REMISES DISCOUNTS	2	3	PRIX UNITAIRE APRES REMISES UNIT PRICE EX VAT NET OF DISCOUNTS	MONTANT HT AMOUNT EXCL. TAX	TAUX TVA VAT RATE
-----	----------------------------	------------------------	-----------------------------	--	---	----------------------	---	---	---	--------------------------------	----------------------

D'ORDRE ET POUR COMPTE DES LABORATOIRES IPSEN CHC GROUPE MAYOLY - au capital de 21 545 040,80 €

65 QUAI GEORGES GORSE 92650 BOULOGNE BILLANCOURT CEDEX 92100 BOULOGNE BILLANCOURT

N° SIRET : 479 322 356 00029 APE NAF : 4646Z TVA CEE : FR 86 479 322 356

3400930007921	SMECTA FRAISE 3G - 18 SACHETS	1060437	36	5.7800	40.00	3.4700	124.92	10.00
3400930181959	PRONTADOL ADULTE 500MG/50MG 16TABS	1069663	12	4.2800	30.00	3.0000	36.00	10.00
3400930244418	PAXELADINE 0.2% 100ML BTLE FR	1070192	48	5.3000	50.00	2.6500	127.20	10.00
3400936052123	FORLAX 4G - 20 SACHETS	0195003	6	5.4900	40.00	3.2900	19.74	2.10
3400936171497	PRONTALGINE - 18 COMPRIMES	1049699	12	6.8100	30.00	4.7700	57.24	10.00
3400949313792	SMECTALIA 3G -18 SACHETS (O/V)	1017422	36	4.8500	40.00	2.9100	104.76	10.00
3665585000530	FORLIB 10G - 12 STICKS	8600506	6	6.3200	40.00	3.7900	22.74	20.00
3400930007877	SMECTALIA RTU C/C 12STICKS FR	1067368	36	5.8800	40.00	3.5300	127.08	10.00
3400933899783	FORLAX 10G 20SACH FR	1064277	12	5.5500	40.00	3.3300	39.96	2.10
3665585004545	METEOGAZ PLUS 12 STICKS FR	1076553	12	7.7800	40.00	4.6700	56.04	20.00
3400930291474	SMECTALIA RTU CIT-MENT 12 STICKS	1079548	6	5.8800	40.00	3.5300	21.18	10.00

TOTAL QTES FACTUREES

222

COMPTE BNP PARIBAS FR76 3000 4000 8700 0185 6292 405 / BNPAFRPPXXX

PAIEMENT COMPTANT NET D'ESCOMPTE - PENALITES : 3 FOIS LE TAUX D'INTERET LEGAL EN VIGUEUR

INDEMNITE FORFAITAIRE DE RECOUVREMENT : 40 EUROS

POUR TOUTE DEMANDE DE DUPLICATAS DE FACTURES/BL/AVOIRS , MERCI DE VOUS CONNECTER SUR [HTTP://PORTAIL.CSP-EPL.COM](http://portail.csp-epl.com)

POUR LES PAIEMENTS DE FACTURE, CONTACTER PAR MAIL CSP : COMPTACLIENTS@CSP-EPL.COM

POUR TOUTES RECLAMATIONS LIEES A DES ERREURS DE FACTURATION, MERCI DE CONTACTER LE SERVICE CLIENTS IPSEN AU N° VERT 0800 940 116

Veuillez adresser votre règlement à :
Centre Spécialités Pharmaceutiques
Please send your payment to:

CSP - 76 - 78 avenue du Midi - CS 30077
63808 Cournon d'Auvergne Cedex - France
avec ce papillon / *with this slip:*

Pas d'escompte en cas de paiement anticipé.
No discount for early payment.

PIECE : **1X50102605**
DATE : 21/01/2025
CLIENT : 461575
TTC : 813.71 €

TAUX DE REMISE DISCOUNT RATE		REMISE MONTANT DISCOUNT AMOUNT	NET HT NET EXCL. VAT	TAUX TVA VAT RATE	MONTANT TVA VAT	TOTAL TVA TOTAL VAT
			78.78 598.38 59.70	20.00 10.00 2.10	15.76 59.84 1.25	76.85
En cas de litiges les tribunaux compétents sont ceux spécifiés sur les C.G.V. ou au contrat. <i>In case of dispute, the competent court is the one stated in the general terms of sale or in the agreement.</i>		ESCOMPTE / FINANCIAL DISCOUNT	TAUX / RATE	MONTANT / AMOUNT	NET A PAYER / INVOICE TOTAL	
					813.71 €	
MODE DE PAIEMENT / PAYMENT METHOD:		TRAITE L.C.R.				EXIGIBLE LE / TO BE PAID ON
DELAI DE PAIEMENT / PAYMENT TERM:		60 JOURS				22/03/2025
		DATE DE FACTURE				

Les pénalités de retard seront appliquées en cas de non-paiement à la date du règlement. Une indemnité forfaitaire de 40 € pour frais de recouvrement sera exigible en cas de retard de paiement.
In case of non-payment at the due date, penalties for late payment will be applied. A flat-rate allowance of €40 for recovery costs will be payable in case of late payment.

CSP/04/22-JI