



فرما أنفست ش.ذ.أ. موزع بالجملة للمواد الصيدلانية

PHARMA – INVEST SPA

Distributeur Répartiteur De Produits Pharmaceutiques

Au Capital de 1.703.852.880.00

1. Demande d'ouverture d'un compte client.

PHARMACIE :

REPRESENTÉE Par :

Fonction :

ADRESSE :

Code postal :

Tél :

E-mail :

Numéro d'enregistrement au conseil de l'ordre :

N=R.C.:

N =Fiscal :

Article d'imposition:

N= de compte bancaire :

Banque :

Recrutement par :

2. déclaration sur l'honneur

Je soussigné Mr, Mme, Melle :

Que les informations

suscitées sont exactes et je m'engage à respecter le délai de paiement fixé pour la société.

Cachet & signature et Date

Avis Chef de service recouvrement

Pièces jointes : 1-Autorisation d'agrément / 2-Copie de registre commerce électronique / 3-Copie de l'article

D'imposition « Certificat d'existence » / 4-Copie de l'attestation d'immatriculation fiscale « NIF » Authentifiée par la DCI/

5-Copie de l'attestation du numéro d'identification statistique « NIS »/6-Copie de la carte de Mis à Jour au conseil de

l'ordre « Numéro d'inscription/ 7-Extrait de naissance.