

||||||

3 rue Georges Charpak
77127 Lieusaint

TÉL. + 33 1 64 42 00 75

FAX +33 1 64 42 59 60

commercial@biobank.fr

www.biobank.fr

INFORMATIONS

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT

ADRESSE

VILLE

CODE POSTAL

NOM DU SIGNATAIRE

FONCTION DU SIGNATAIRE

NUMÉRO FINESS

CORRESPONDANT LOCAL DE BIOVIGILANCE

NOM

FONCTION

TÉLÉPHONE

MAIL

ADRESSE DE FACTURATION (SI DIFFÉRENTE)

NOM

ADRESSE

CODE POSTAL

VILLE

INFORMATIONS COMPTABLES (OBLIGATOIRE)

MAIL DU SERVICE COMPTABILITÉ

MODE DE RÉGLEMENT

CHÈQUE DÉLAI
 VIREMENT

BON DE COMMADE OBLIGATOIRE

OUI NON

MODE D'ENVOI DES FACTURES

MAIL COURRIER

ENVOI D'UN RELEVÉ

DE COMPTE MENSUEL OUI NON

DEMANDE DE CONVENTION

DÉPÔT

RESPONSABLE DE DÉPÔT

NOM, PRÉNOM

Chirurgien Pharmacien Autre

MAIL

TÉLÉPHONE

GESTIONNAIRE DE DÉPÔT

NOM, PRÉNOM

Chirurgien Pharmacien Autre

MAIL

TÉLÉPHONE

LIEU DE STOCKAGE DU DÉPÔT

Bloc opératoire Pharmacie Autre

LIEU DE LIVRAISON GREFFONS

Bloc opératoire Pharmacie Autre

CONVENTION À ENVOYER À

Directeur Chirurgien SBO Agent Pharmacien

MODE D'ENVOI

Mail Docusign Courrier

CHIRURGIENS UTILISATEURS (NOM, PRÉNOM)

1. 4.
2. 5.
3. 6.

CODE PRODUIT	LIBELLÉ	QUANTITÉ	CODE PRODUIT	LIBELLÉ	QUANTITÉ
.....
.....
.....
.....
.....

RECUEIL

CONTACT POUR L'ENLÈVEMENT

NOM, PRÉNOM

FONCTION

MAIL

TÉLÉPHONE

JOUR D'APPEL (AVANT 11 H)

Lundi Mardi Jeudi Vendredi

LIEU D'ENLÈVEMENT

Bloc opératoire Autre

MISE À DISPOSITION

Congélateur Top Réfrigérateur Top Combiné

CONVENTION À ENVOYER À

Directeur Chirurgien SBO Agent Pharmacien

MODE D'ENVOI

Mail Docusign Courrier

CHIRURGIENS PRÉLEVEURS (NOM, PRÉNOM)

1. 4.
2. 5.
3. 6.