



**FORMULAIRE DE CREATION  
DE COMPTE CLIENT  
(Pharmacie d'Officine)**

# FORMULAIRE DE DEMANDE DE CREATION DE COMPTE CLIENT

## PHARMACIE D'OFFICINE



A adresser au Service Client Roche  
Par mail : france.bdd@roche.com  
Pour toute question veuillez nous contacter au 01 47 61 61 61

### VOTRE ADRESSE DE LIVRAISON

Nom de la Pharmacie	
Nom du Titulaire	
Adresse de livraison	
Code postal / Ville	
Numéro de téléphone	
Numéro de fax	
Adresse mail	

Numéro de SIRET																				
N° IBAN ( <i>à renseigner, et RIB à joindre à votre formulaire</i> )																				
Vos commentaires																				

NB: Les conditions de paiement des pharmacies d'officine sont : LCR à 45 jours fin de mois