**FICHE D’OUVERTURE DE COMPTE**

A retourner par email à :

fr-[contact@performancehealth.com](mailto:contact@performancehealth.com)

ou par fax au 03.54.70.04.34

**Adresse de livraison**

Raison sociale :

Adresse :

Code postal : ………… Ville :

Tel : Fax :

**Email (AR de commande)** : .............................................................**@**

Interlocuteur : Fonction :

**SIRET****\* :** **Nr de TVA\***……………………………………………….. **(\*mention obligatoire)**

**Adresse de facturation** *(si différente)*

Raison sociale :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tel : Fax :

**Email (envoie de facture):** ..............................................................**@**

Interlocuteur : Fonction :

**Profession**

**❑** Distributeur (préciser si groupement) :

**❑** Etablissement de santé (préciser) :

**❑** Professionnels de santé (préciser) :

**❑** Autre (préciser) :

**Mode de paiement**

❑ Paiement par LCR magnétique :

**J*oindre un RIB signé avec la mention : « J’accepte le paiement par LCR »***

❑ Paiement par virement (RIB)

**Contact**

J’accepte de recevoir les communications produits, promotionnelles et invitations aux événements de Performance Health.

❑ Oui

❑ Non

**Signature obligatoire**

Signature :

Fait à , le / /20

*Pour tous renseignements, nous sommes à votre service au : 03 10 00 79 30*

**Champs à compléter par Performance Health**

Initiales Service clients

Segment

Buying Group

Sous segment

Validation direction

Validation comptable