

LIEFERANTENDATEN-FRAGEBOGEN

Durch den Lieferanten auszufüllen

KORRESPONDENZ

Firma: _____
Strasse/Nr.: _____
Postfach _____
PLZ/Ort: _____
Land: _____
Telefon: _____
Fax: _____
Branche: _____
Korrespondenzsprache: _____
GLN: _____
Homepage: _____
Zentrale Emailadresse: _____

BESTELLANGABEN

→ Lieferung franko Haus ohne Mindestbestellwert.

Bestellform: EDI EDI-Code: _____
 e-mail Adresse: _____

Lieferfrist (Beschaffungszeit): _____ Tage

Vorschlag Bestelltag (Wochentag): MO Intervall: (6) Wöchentlich
 DI (12) 14 Tage
 MI
 DO
 FR

Nachlieferung bei Rückstand: Ja Nein

Bestelladresse: _____
(wenn anders als Korrespondenzadresse)

Lieferantendaten-Fragebogen



W201FOU10/2-DE

RETOURENBEDINGUNGEN

Akzeptieren Sie Kundenretouren via Grossist?

- Ja (→ bitte Formular Retourenbedingungen ausfüllen)
 Nein

Retourenadresse:
(wenn anders als Korrespondenzadresse)

RECHNUNGSANGABEN FÜR WARENLIEFERUNGEN

Ihre Bankverbindung:

IBAN: _____
SWIFT / BIC: _____
Konto-Nr.: _____
Clearing-Nr.: _____

Bankadresse:

Name: _____
Strasse/Nr.: _____
PLZ/Ort: _____
Land: _____

Ihre Rechnungsadresse:
(wenn anders als Korrespondenzadresse)

MWST-Nummer:

Zahlungskonditionen:

- 15 Tage, % Skonto
 30 Tage, % Skonto
 45 Tage, % Skonto
 60 Tage, netto

Währung:

e-Mail für Bonus-Rabatt-Abrechnung:

e-Mail für Logistikkosten-Abrechnung:

RECHNUNGSANGABEN FÜR MARKETINGAKTIVITÄTEN / DIENSTLEISTUNGEN

Unsere Bankverbindung:

IBAN: CH 79 0024 7247 9594 5601 W
SWIFT / BIC: UBSWCHZH80A
Konto-Nr.: 95945601W
Clearing-Nr. 00247

Bankadresse:

UBS AG
Bahnhofstrasse 45
CH-8098 Zürich

Unsere Adresse:

Unione Farmaceutica Distribuzione SA
Via Figino 6
6917 Barbengo-Lugano

MWST-Nummer:

CHE-105.719.926 MWST

Zahlungskonditionen:

Nicht ausgefüllte Felder müssen gelöscht werden

Autor: Simone Silvestri

Gültig ab: 15.02.2025

Lieferantendaten-Fragebogen



W201FOU10/2-DE

:

Lieferantendaten-Fragebogen



W201FOU10/2-DE

VERHANDLUNGSPUNKTE MIT DEM ZUSTÄNDIGEN EINKÄUFER

- _Sortimentsaufnahmeentscheid
- _Marketingaktivitäten
- _Einkaufskonditionen
- _Konformitätserklärung des Lieferanten
- _weitere Punkte

BEILAGEN

- _Handelsregisterauszug
- _Muster Faktura
- _Bewilligungen BAG / Swissmedic
- _ISO Zertifikate
- _Konformitätserklärung
- _Formular Retourenbedingungen

UNTERSCHRIFT

Verantwortlich für die Richtigkeit der Angaben:

Name: _____
Abteilung: _____
Position: _____
Telefon: _____
Fax: _____
Email: _____

Ich habe gelesen und akzeptiere die Allgemeine Einkaufsbedingungen (AEB) von UFD.

Ort, Datum

Unterschrift

BITTE SENDEN SIE DAS AUSGEFÜLLTE FORMULAR ZURÜCK AN:



Unione Farmaceutica Distribuzione SA
Einkauf
Via Figino 6
CH – 6917 Barbengo-Lugano

Nicht ausgefüllte Felder müssen gelöscht werden

Autor: Simone Silvestri

Gültig ab: 15.02.2025