

QUESTIONARIO FORNITORI

Da compilare dal fornitore

CORRISPONDENZA

Ragione sociale:	_____
Via/No.:	_____
Casella postale:	_____
CAP/luogo:	_____
Paese:	_____
Telefono:	_____
Fax:	_____
Ramo:	_____
Lingua di corrispondenza:	_____
GLN	_____
Homepage:	_____
Indirizzo email generale:	_____

INFORMAZIONE SULLA COMANDA

→ Consegna franco domicilio senza minimi comanda

Comanda per:	<input type="checkbox"/> EDI	EDI-Code:
	<input type="checkbox"/> e-mail	Indirizzo:

Tempi di consegna: _____ Giorni

Proposta d'ordine (giorni feriali):	Intervalli:
<input type="checkbox"/> LU	<input type="checkbox"/> (6) settimanale
<input type="checkbox"/> MA	<input type="checkbox"/> (12) 14 giorni
<input type="checkbox"/> ME	
<input type="checkbox"/> GIO	
<input type="checkbox"/> VE	

Fornitura merci in nota: Si No

Indirizzo ordine:
(se diverso dall'indirizzo di corrispondenza)

Questionario fornitore-Raccolta dati



W201FOU10/2-IT

CONDIZIONI DI RITORNO

Si accettano ritorni tramite il grossista? Sì (→ compilare il formulario Condizioni di ritorno)
 No

Indirizzo di ritorno:
(se diverso dall'indirizzo di corrispondenza)

INFORMAZIONE DI FATTURAZIONE PER MERCE FORNITA

Vostri dati della banca:

IBAN:

SWIFT / BIC:

Conto-No.:

Clearing-No.:

Indirizzo banca:

Nome:

indirizzo/No.:

CAP/Luogo:

Paese:

Indirizzo di fatturazione:
(se diverso dall'indirizzo di corrispondenza)

Numero IVA:

Condizioni di pagamento:

- 15 giorni, _____% sconto
 30 giorni, _____% sconto
 45 giorni, _____% sconto
 60 giorni, netto

Valuta:

e-Mail per conteggio recupero condizione
Bonus:

e-Mail per conteggio recupero costi logistici

INFORMAZIONI DI FATTURAZIONE PER ATTIVITÀ DI MARKETING / SERVIZI

Nostrì dati bancari:

IBAN: CH 79 0024 7247 9594 5601 W

SWIFT / BIC: UBSWCHZH80A

Conto-Nr.: 95945601W

Clearing-Nr. 00247

Indirizzo banca:

UBS AG
Bahnhofstrasse 45
CH-8098 Zürich

Nostro indirizzo:

Unione Farmaceutica Distribuzione SA
Via Figino 6
6917 Barbengo-Lugano

Numero IVA:

CHE-105.719.926 MWST

I campi non compilati devono essere annullati

Autore: Simone Silvestri
Valido dal: 15.02.2025

Questionario fornitore-Raccolta dati



W201FOU10/2-IT

TEMI TRATTATI CON RESPONSABILE ACQUISTI- PERSONA DI CONTATTO

- _Articoli contrattuali
- _Attività di marketing
- _Condizioni di acquisto
- _Dichiarazione di conformità del fornitore
- _Ulteriori punti

ALLEGATI

- _ Estratto registro commerciale
- _ Esempio fattura
- _ Autorizzazioni BAG / Swissmedic
- _ Certificati ISO
- _ Dichiarazione di conformità
- _ Formulario Condizioni di ritorno

FIRMA

Responsabile dell'accuratezza dei dati:

Nome: _____

Dipartimento: _____

Posizione: _____

Telefono: _____

Fax: _____

Email: _____

Ho letto e accetto le condizioni generali d'acquisto (CGA) di UFD.

Luogo, data

Firma

PER FAVORE RITORNARE IL FORMULARIO COMPILATO A:



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

I campi non compilati devono essere annullati

Autore: Simone Silvestri
Valido dal: 15.02.2025