

Afin de procéder à la création de votre compte client, merci de renseigner les champs suivants :

1. Données Générales

RAISON SOCIALE :			
NOM DU GÉRANT OU RESPONSABLE :			
ADRESSE :			
CODE POSTAL :	VILLE :		
TELEPHONE FIXE :	FAX :		
PORTABLE :			
EMAIL :			
N° ORDRE (médecins et spécialistes) :			
N° ADHÉRENT à une Fédération (FFESSM, SNSM, FFSS...) :	CODE APE (Sociétés) :		

Pour les sociétés, joindre KBIS impérativement.

2. Identification administrative

N° SIRET : (14 chiffres)		PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE : (Joindre RIB obligatoirement)	
IDENTIFIANT TVA :	FR.....	AUTRES MODES DE RÈGLEMENT :	<input type="checkbox"/> Virement <input type="checkbox"/> Mandat administratif

3. Conditions de livraison

Choix du mode de livraison :

<input type="checkbox"/> PHARMACIE relais ALSF : <input type="checkbox"/> LIVRAISON/SITE

LIEU PRÉCIS DE LIVRAISON :	
JOUR DE FERMETURE :	
NOM & TÉLÉPHONE DE LA PERSONNE À CONTACTER :	

Plages horaires livraison client :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin					
Après-midi					

4. Conditions d'accès

RUE PIÉTONNE :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
PARKING LIVRAISON RÉSERVÉ :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
REZ DE CHAUSSÉE :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
ÉTAGE :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> ESCALIER <input type="checkbox"/> ASCENSEUR	<input type="checkbox"/> NON
NUMÉRO D'ÉTAGE :		
CODE ACCÈS :		
CLEF OU ACCÈS CONTRÔLÉ :		

A retourner au Centre de Service Client Ville :

AIR LIQUIDE Santé FRANCE
Centre de Service Client Ville
Le Perray – 16 rue de la Rainière
BP 41624 - 44316 NANTES CEDEX03
Fax : 02.40.68.47.10
clientville.alsf@airliquide.com



Champs réservés à Air Liquide Santé :

SEGMENT CLIENT :	<input type="checkbox"/> S1816 CENTRE DE SOINS (Sans PUI) <input type="checkbox"/> S1817 DERMATOLOGUES <input type="checkbox"/> S1818 PNEUMOLOGUES <input type="checkbox"/> S1819 DENTISTES <input type="checkbox"/> S1820 OPHTALMOLOGUES <input type="checkbox"/> S1821 VÉTÉRINAIRES <input type="checkbox"/> S1822 AUTRES CABINETS MÉDICAUX	<input type="checkbox"/> S1827 LABORATOIRES D'ANALYSES <input type="checkbox"/> S1830 ÉQUIPEMENT MÉDICAL (Dont MGA) <input type="checkbox"/> S1831 DISTRIBUTEURS GAZ MÉDICAUX <input type="checkbox"/> S1832 CROIX ROUGE <input type="checkbox"/> S1833 AUTRES PREMIERS SECOURS (SOS Médecins, Protection Civile, Infirmerie d'entreprises, Mairie, Centres de loisirs) <input type="checkbox"/> S1834 AMBULANCES
------------------	---	--

5. Centre de Dispatch/Distribution

Information à utiliser pour compléter : le point 6 de la procédure Création client ZSHP :

- Onglet SAP : Classification puis « logisite_cust_ALSF »

MOT DIRECTEUR :			
ZONE DE CARROYAGE : (Tournée)		JOURS CONTRACTUELS DE LIVRAISON :	
VÉHICULES AUTORISÉS :	<input type="checkbox"/> CAMIONNETTE 1 <input type="checkbox"/> 4P_BAS <input type="checkbox"/> 6P_BAS <input type="checkbox"/> 8P <input type="checkbox"/> PETIT POIDS LOURD <input type="checkbox"/> CAMION CITERNE AZOTE <input type="checkbox"/> CAMIONNETTE 2 <input type="checkbox"/> 4P <input type="checkbox"/> 6P <input type="checkbox"/> 10P	<input type="checkbox"/> CONTRAINTES VÉHICULE <input type="checkbox"/> GRUE FORTE PUISSANCE SANS HAYON	
REMARQUES PARTICULIÈRES :			

- Onglet "environnement" et sélectionner l'onglet « interface data » :

2DAYS	tournées de 2 jours	
CUST_EQUIP	Equipement chez le client	
FIXED_TIME	Temps fixe sur site client	
LATITUDE	latitude	
LONGITUDE	longitude	
MICRO_LOGIST	Micrologistique pour petites bouteilles	
MIX_B_CYL	mixer grand emb avec d'autres clients	
MIX_B_S	mixer petit emb et grands emballages	
MIX_S_CYL	mixer petit emb avec d'autres clients	
NEED_EQUIP	Equipement requis sur site client	
TRAILERBAN	livraison tracteur seul	
TRUCK01	Camionnette	
TRUCK02	Petit Porteur	
TRUCK03	Moyen Porteur	
TRUCK04	Grand-Moyen Porteur	
TRUCK05	Grand Porteur	
TRUCK06	Tracteur + petite SR	
TRUCK07	Tracteur + grande SR	
TRUCK08	Porteur + remorque	
TRUCK09	TRUCK09	
TRUCK10	TRUCK10	
TRUCK_ONLY	Livraison porteur seul	

Numéro de compte client :

N° ZSIT :
N° ZSTA :
N° ZSHP :

Référence
unique du
Mandat

MANDAT de Prélèvement SEPA Core



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le créancier à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du créancier.

Vous bénéficiez d'un droit à remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.

Veillez compléter les champs marqués* et merci de fournir un Relevé d'Identité Bancaire

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Raison sociale ou nom du débiteur	* Raison sociale ou Nom/ Prénoms du débiteur	Numéro de TVA Intracommunautaire
Votre adresse	* Numéro et nom de la rue	
	* Code Postal	Ville
	* Pays	
Les coordonnées de votre compte	* Numéro d'identification internationale du compte bancaire - International Bank Account Number	
	* Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)	
Nom du créancier	AIR LIQUIDE SANTÉ FRANCE	
	Nom du créancier	FR33ZZZ623514
	Identifiant Créancier Sepa dit I.C.S.	6 RUE COGNACQ JAY
	75007	PARIS
	Code Postal	Ville
Type de paiement	* Paiement récurrent / répétitif <input type="checkbox"/>	Paiement ponctuel / une fois <input type="checkbox"/>
Signé à	Lieu	Date : JJ/MM/AAAA
Signature	* <i>Veillez signer ici</i>	

Note : Vos droits concernant ce mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

LE PRELEVEMENT AUTOMATIQUE – SEUL MODE DE REGLEMENT GRATUIT
C'est un mode de règlement simple !

La mise en place du prélèvement automatique se fait en une seule fois. Vous signez l'autorisation ci-dessus en nous la renvoyant accompagnée de votre RIB et vous n'avez plus rien à faire !
C'est ensuite AIR LIQUIDE SANTE France qui gère chaque mois les prélèvements.

C'est un mode de règlement économique !

C'est le seul mode de règlement entièrement gratuit, il vous évite tous frais de timbres, de virements bancaires...

C'est un mode de règlement souple et sans engagement !

Vous recevez à l'avance votre facture et la date à laquelle vous allez être prélevé.
Vous avez donc un délai suffisant pour suspendre l'opération si vous le souhaitez.
Vous conservez la possibilité de nous donner de nouvelles instructions à tout moment et sans aucun frais.

Ne vous inquiétez pas !

Nous ne prélevons uniquement que le montant figurant sur votre facture. Si vous n'étiez pas d'accord avec ce montant, vous avez jusqu'à 10 jours avant l'échéance pour nous prévenir et corriger éventuellement
Pour tout arrêt ou modification du montant à prélever jusqu'à 10 jours avant l'échéance de la facture :
Contacter le 02 35 59 35 63. Au-delà : voyez directement avec votre banque

A retourner accompagné de votre RIB à :

clientville.alsf@airliquide.com ou par voie postale
AIR LIQUIDE SANTE France
CSC EH – BP 41624
44316 NANTES CEDEX 03

Une copie de ce document vous sera retournée avec votre
Référence Unique de Mandat

N° CLIENT INTERNE :