

Facturer à :	Expédier à : (Laissez vide si identique aux coordonnées de la facture)
Nom légal : _____	Nom légal : _____
Nom commercial (si différent) : _____	Nom commercial (si différent) : _____
Adresse: _____	Adresse: _____
Casier postal : _____ Ville : _____	Casier postal : _____ Ville : _____
Prov./État : _____ Code postal/ZIP : _____	Prov./État : _____ Code postal/ZIP : _____
Pays : _____	Pays : _____
Nom du contact : _____	Nom du contact : _____
Téléphone : _____ Télécopieur : _____	Téléphone : _____ Télécopieur : _____
Courriel de facturation (obligatoire): _____	
Courriel de communication : _____	
<input type="checkbox"/> Cochez cette case si vous désirez recevoir les dernières mises à jour et promotions pour nos produits pharmaceutiques. Veuillez prendre note que vous pouvez vous désabonner en tout temps.	

**Renseignements commerciaux :**

Secteur d'activité :  Pharmacie  Hôpital  Établissement de soins de longue durée Autre: \_\_\_\_\_

Numéro d'enregistrement de la TPS (clients canadiens) : \_\_\_\_\_

N° IRS (clients américains) : \_\_\_\_\_

Date d'établissement (propriété actuelle): \_\_\_\_\_

Propriétaire de la pharmacie : \_\_\_\_\_  Cochez cette case si vous êtes devenu propriétaire d'une pharmacie existante

**Avez-vous d'autres comptes avec Jones?**

Oui  Non Si oui, quel est votre numéro de compte ou votre nom : \_\_\_\_\_

**Si vous appartenez à une bannière ou à un groupe d'achat, sil-vous-plait indiquer dans la liste ci-dessous.**

Bannière			
Loblaws/Shoppers Drug Mart	<input type="checkbox"/>	Jean Coutu	<input type="checkbox"/>
MediSystem Pharmacy	<input type="checkbox"/>	Medical Pharmacies Group	<input type="checkbox"/>
Guardian	<input type="checkbox"/>	Classic Care	<input type="checkbox"/>
I.D.A.	<input type="checkbox"/>	Familiprix	<input type="checkbox"/>
Remedy'sRx	<input type="checkbox"/>	Total Health	<input type="checkbox"/>
Proxim	<input type="checkbox"/>	Canadian Addiction	<input type="checkbox"/>
Medicine Shoppe	<input type="checkbox"/>	Medicine Centre	<input type="checkbox"/>
Rexall	<input type="checkbox"/>	Federated Co-op	<input type="checkbox"/>
PharmaChoice	<input type="checkbox"/>	Calgary Co-op	<input type="checkbox"/>
Pharmasave	<input type="checkbox"/>	Rx Healthmed	<input type="checkbox"/>
CareRX	<input type="checkbox"/>	Whole Health	<input type="checkbox"/>
		<b>Groupe d'achat</b>	
		Autre:	<input type="checkbox"/>
		S.O.	<input type="checkbox"/>
		OnPharm-United	<input type="checkbox"/>
		API	<input type="checkbox"/>
		Rubicon	<input type="checkbox"/>
		Care Group	<input type="checkbox"/>
		HealthPRO	<input type="checkbox"/>
		Mohawk Medbuy	<input type="checkbox"/>
		Autre:	<input type="checkbox"/>
		S.O.	<input type="checkbox"/>

Les modalités de paiement sont nets 30 jours à compter de la date de facturation sur marge de crédit accordée      Initiales \_\_\_\_\_

J'autorise par la présente l'entreprise mentionnée ci-dessus à effectuer une vérification de crédit et à vérifier mes renseignements de crédit      Initiales \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

702 B 2021/05/07