## *DEMANDE DE CODE POINT DE VENTE CIP (7 Chiffres) après recherche sur le site www.cipclub.org*

A l'attention du Service Codification du Club Inter Pharmaceutique
**codif@cipclub.org**

**Attention : nouveau numéro**
**fax : 01 49 09 62 73**

Date :
Nom du demandeur :
Adresse E-Mail :
n° de tél. :
n° de Fax :

### *Références du laboratoire*

Code CIP laboratoire :
Nom du laboratoire :

### *Point de Vente*

**Type**
θ Officine
θ Médecin propharmacien
θ Etablissement de Santé
θ Autre

Préciser les domaines d'activité :

**Client**

Ce point de vente
θ existait déjà
θ est nouveau
θ a été transféré

**Code du client du laboratoire :**

**Coordonnées du point de vente**

Nom :
Complément de nom :

- Merci de bien préciser l'adresse géographique -

N° et Rue :
Complément :

Boîte postale ou lieu dit :
Code postal :
Localité :

**Téléphone (obligatoire) :**

**Numéro SIRET :**

NB : En cas de transfert donner les anciens codes et références

### *TRAITEMENT PAR LE CIP*

**Date :**

**Code Point de Vente CIP (7 Chiffres) :**

**Autres informations :**

20120809
© CIP 2012