|  |
| --- |
| **C.S.S.R. Groupe Applimed SA****Formulaire de commande / *Order Form*** |
| **1. Envoi de ce formulaire / *Sending of this form*** |
| Nous vous prions de bien vouloir nous transmettre ce formulaire de commande rempli par e-mail à info@cssr.ch.*Please send this order form completed either by e-mail to* info@cssr.ch*.*Ce formulaire doit également être attaché à votre livraison, si cela vous est impossible vous devez nous communiquer votre référence de commande/livraison :      *This order form has also to be attached to your delivery, if this is not possible you must provide your order / delivery reference:*       |
| **2. Information concernant le client pour cette commande / *Client details for this order*** |
| a) Personne de contact (Nom, Prénom, Département) / *Contact person (Name, First name, Department)*      b) Numéro direct de la personne de contact / *Contact person direct phone number* N° de téléphone / *Phone Nr.* :       |
| **3. Description de la livraison pour stérilisation/traitement / *Delivery description for sterilization/treatment*** |
| a) Nombre de palette(s) ou carton(s) / *Number of pallet(s) or box(es)* Palette(s) / *Pallet(s)* :       Carton(s) / *Box(s)* :      b) Poids & hauteur des palettes inclus Euro-Palette ou carton(s)*Weight & height of pallets including Euro-pallet or box(es)* Palette(s) / *Pallet(s)* :       kg       cm Carton(s) / *Box(s)* :       kg       cmc) Description des produits et leurs références / *Description & reference of products*(Si cette information est mentionnée sur votre commande/bulletin de livraison, il est possible de marquer « voir notre commande/bulletin de livraison en annexe »)*(If this information is mentioned on your order/delivery note, it is possible to write “see order/delivery note in attachment”)*                        d) Date de livraison au C.S.S.R. Groupe Applimed SA :      *Date of delivery at C.S.S.R. Groupe Applimed SA:*      e) Est-ce que cette commande est urgente ? / *Is this order urgent?*

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | **Oui** (Urgent stérilisation/traitement durant la semaine, **coût additionnel +20%**) |
| *Yes (Urgent sterilization/treatment during the week,* ***additional cost +20%****)* |
|  |  |
| [ ]  | **Oui** (Urgent stérilisation/traitement durant le week-end, **coût additionnel sur demande**) |
| *Yes (Urgent sterilization/treatment during the week-end,* ***additional cost on demand****)* |
|  |  |
| [ ]  | **Non** (Vos produits seront stérilisés/traités dans les 7 jours ouvrables max. après réception sur le site) |
| ***No*** *(Your products will be sterilized/treated within max. 7 working days after reception on site)* |

 |
| **4. Instructions pour l’après stérilisation/traitement / *Instructions for after sterilization/treatment*** |
| a) Adresse de livraison après stérilisation/traitement / *Delivery address after sterilization/treatment*(Si cette adresse est la même que l’adresse expéditeur, veuillez le mentionner : même que l’expéditeur)*(If this address is the same as the sender address, please mention it, i.e.: same as sender)*                         |

|  |
| --- |
| **C.S.S.R. Groupe Applimed SA****Formulaire de commande / *Order Form*** |
| **5. Certificat de Stérilisation EO / Traitement EO / *EO-Sterilization / EO-Treatment Certificate*** |
| a) Les produits de cette livraison sont-ils couverts par la validation effectuée au C.S.S.R. Groupe Applimed SA ? *Are the products in this delivery covered by the validation performed at C.S.S.R. Groupe Applimed SA?* [ ]  Oui/*Yes* [ ]  Non, le(s)quel(s) / *No, which one(s)* :      (Le Certificat de Stérilisation sera transmis que pour les produits couverts par la validation effectuée au C.S.S.R. Groupe Applimed SA)*(The EtO-Sterilization Certificate will be issued only for the products covered by the validation performed at C.S.S.R. Groupe Applimed SA)*b) Où doit être envoyé le certificat après la libération finale ? *Where should the Certificate be sent to after final released?* Nom de la société / *Company name* :       Personne de contact / *Contact person* :       N° de téléphone / *Phone Nr.* :       E-mail / *E-mail* :      c) Le Certificat original sera annexé à la facture *The original Certificate will be sent attached to the invoice* [ ]  Oui, je suis d’accord / *Yes, I agree* [ ]  Non, envoyez-le à l’adresse suivante / *No, I don’t agree, please send it to the following address*: Nom de la société / *Company name* :       Personne de contact / *Contact person* :       Adresse / *Address* :       NPA, Ville / *Zip code, City* :      d) Adresse de facturation / *Invoicing address*(Si cette adresse est la même que l’adresse expéditeur, veuillez le mentionner : même que l’expéditeur)*(If this address is the same as the sender address, please mention it, i.e.: same as sender)*                         |
| **6. Remarques / *Remarks*** |
|              |

Par votre signature, vous attestez que vos produits ne contiennent pas de piles/batteries.

*By your signature, you attest that your products do not contain batteries.*

Date / *Date* :       Signature / *Signature*:

Sceau de la société / *Company stamp*: