

**FORMULAIRE REFERENCEMENT NOUVEAU FOURNISSEUR / SUPPLIER ACCOUNT OPENING FORM
A RENSEIGNER PAR LE FOURNISSEUR / TO BE FILLED OUT BY THE SUPPLIER**

MONTE-CARLO
SOCIÉTÉ DES BAINS DE MER

R.I.B A FOURNIR IMPÉRATIVEMENT AVEC CETTE FICHE DE REFERENCEMENT / PLEASE ATTACH BANK DETAILS DOCUMENT ISSUED BY YOUR BANK

IDENTITE SOCIETE / COMPANY'S IDENTITY		COORDONNEES CONTACTS PRINCIPAUX / MAIN CONTACTS' DETAILS	
RAISON SOCIALE / COMPANY'S NAME *	SAS Francois PARENT Maison PARENT GROS	DIRECTEUR / DIRECTOR	
N° SIRET (Frs France) / COMPANY ID *	4204296900029	TITRE / TITLE : DG	TITRE / TITLE : DG
N° RCI (Frs Monaco) *		NOM / NAME : PARENT	NOM / NAME : PARENT
N° TVA INTRACOMMUNAUTAIRE / V.A.T. NUMBER *	FR14420429699	PRENOM / SURNAME : CAROLINE	PRENOM / SURNAME : CAROLINE
DEVISE FACTUREE / INVOICING CURRENCY *	EURO	Mobile Phone : 0661179537	Mobile Phone : 0661179537
SECTEUR D'ACTIVITE / SUPPLIER ACTIVITY *	VIN	<input checked="" type="checkbox"/> / Email : contact@sf-gros.com	<input checked="" type="checkbox"/> / Email : contact@sf-gros.com
N° AGREEMENT SANITAIRE (SI CONCERNE) *		COMPTABLE / ACCOUNTING *	
COORDONNEES SOCIETE / COMPANY'S DETAILS		TELEOPERATRICE / TELEVENDEUSE - TELEMARKETER	
NOM DU DISTRIBUTEUR / DISTRIBUTORS NAME *	SAS Francois PARENT Maison PARENT GROS	TITRE / TITLE : DG	TITRE / TITLE : DG
ADRESSE SOCIETE / COMPANY ADDRESS *	1 Place de l'Europe	NOM / NAME : PARENT	NOM / NAME : PARENT
CODE POSTAL / ZIP CODE *	21630	PRENOM / SURNAME : CAROLINE	PRENOM / SURNAME : CAROLINE
VILLE / CITY *	POMMARD	Mobile Phone : 0661179537	Mobile Phone : 0661179537
ETAT / STATE	France	<input checked="" type="checkbox"/> / Email : contact@sf-gros.com	<input checked="" type="checkbox"/> / Email (envoi commande / order sending) * :
PAYS / COUNTRY	France	contact@sf-gros.com	
N° TELEPHONE SOCIETE / COMPANY PHONE NUMBER *	390726185	GESTION DE CRISE - COORDONNEES CONTACTS / CRISIS MANAGEMENT - CONTACTS' DETAILS	
ADRESSE E-MAIL SOCIETE / COMPANY E-MAIL ADDRESS *	contact@sf-gros.com	TITRE / TITLE :	TITRE / TITLE :
INFORMATIONS LIVRAISON / DELIVERY INFORMATION		NOM / NAME :	NOM / NAME :
JOURS DE LIVRAISON (si spécifique) / DELIVERY DAYS (if specific) *		PRENOM / SURNAME :	PRENOM / SURNAME :
DELAI DE LIVRAISON / DELIVERY TIME		Mobile Phone :	Mobile Phone :
MINIMUM DE COMMANDE / MINIMUM ORDER *		<input checked="" type="checkbox"/> / Email :	<input checked="" type="checkbox"/> / Email :
MONTANT DU FRANCO / AMOUNT FOR FREE DELIVERY *		REGIME DE TVA / COCHE OBLIGATOIRE POUR FRANCE & MONACO SEULEMENT *	
FRAIS DE PORT / SHIPPING COSTS	Calculé en fonction du nombre de colis	TVA SUR LES DEBITS / VAT ON DEDBITS	
INCOTERM(S) DE TRANSPORT UTILISE(S) [DDP, EXW, DAP, ...]		TVA SUR LES ENGAGEMENTS / VAT ON HOOKING PAYMENTS	
MODE DE LIVRAISON DIRECT OU PAR TRANSPORTEUR / DIRECT DELIVERY OR BY CARRIER		NON ASSUJETTI A LA TVA / VAT EXEMPT	
SI TRANSPORTEUR : NOM / IF CARRIER : NAME		CONDITIONS DE PAIEMENT / PAYMENT TERMS	
TYPE DE LIVRAISON (PALETTES/CARTONS...) / TYPE OF DELIVERY		ALIMENTAIRE / FOOD	
		BOISSONS / BEVERAGE	
		AUTRES / OTHERS	
		TYPE DE PRESTATION (si applicable) / TYPE OF SERVICE (if applicable)	
		PRESTATAIRE D'HONORAIRES / SERVICE PROVIDER FEES	
		COMMISSIONS	
		SBM CHEZ LE FOURNISSEUR / SBM AT THE SUPPLIER	
		NUMERO CLIENT SBM CHEZ LE FOURNISSEUR (par établissement) CUSTOMER ACCOUNT NUMBER (for each entity)	

* MENTIONS OBLIGATOIRES / MANDATORY FIELDS