

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

| IDENTITE SOCIETE / COMPANY'S IDENTITY  |                                       | REFERENTS / MAIN CONTACTS   |   |
|--|---------------------------------------|---|---|
| RAISON SOCIALE / COMPANY'S NAME *  | SAS DOMAINE AF GROS                   | COORDONNEES CONTACTS PRINCIPAUX / MAIN CONTACTS' DETAILS  |   |
| N° SIRET (Frs France) / COMPANY ID *   | 38396734600016                        | DIRECTEUR / DIRECTOR  | COMMERCIAL  |
| N° RCI (Frs Monaco) *  |                                       | TITRE / TITLE : DG<br>NOM / NAME : PARENT<br>PRENOM / SURNAME : CAROLINE<br>Mobile Phone : 0661179537<br><input type="checkbox"/> / Email : contact@af-gros.com | TITRE / TITLE : DG<br>NOM / NAME : PARENT<br>PRENOM / SURNAME : CAROLINE<br>Mobile Phone : 0661179537<br><input type="checkbox"/> / Email : contact@af-gros.com |
| N° TVA INTRACOMMUNAUTAIRE / V.A.T. NUMBER *                                  | FR84383967346                         | TELEOPERATRICE / TELEVENDEUSE - TELEMARKETER  |   |
| DEVISE FACTUREE / INVOICING CURRENCY *                                       | EURO                                  | TITRE / TITLE :<br>NOM / NAME :<br>PRENOM / SURNAME :<br>Mobile Phone :<br><input type="checkbox"/> / Email (envoi commande / order sending) * :                |   |
| SECTEUR D'ACTIVITE / SUPPLIER ACTIVITY *                                     | VIN                                   | TITRE / TITLE :<br>NOM / NAME :<br>PRENOM / SURNAME :<br>Mobile Phone :<br><input type="checkbox"/> / Email :   |   |
| N° AGREMENT SANITAIRE (SI CONCERNE) *  |                                       | TITRE / TITLE :<br>NOM / NAME :<br>PRENOM / SURNAME :<br>Mobile Phone :<br><input type="checkbox"/> / Email :   |   |
| COORDONNEES SOCIETE / COMPANY'S DETAILS                                      |                                       |   |   |
| NOM DU DISTRIBUTEUR / DISTRIBUTOR'S NAME *                                   | SAS DOMAINE AF GROS                   | GESTION DE CRISE - COORDONNEES CONTACTS / CRISIS MANAGEMENT - CONTACTS' DETAILS   |   |
| ADRESSE SOCIETE / COMPANY ADDRESS *  | 5 GRANDE RUE                          | TITRE / TITLE :<br>NOM / NAME :<br>PRENOM / SURNAME :<br>Mobile Phone :<br><input type="checkbox"/> / Email :   |   |
| CODE POSTAL / ZIP CODE *   | 21630                                 | REGIME DE TVA / COCHE OBLIGATOIRE POUR FRANCE & MONACO SEULEMENT *  |   |
| VILLE / CITY *   | POMMARD                               | <input checked="" type="checkbox"/> TVA SUR LES BIENS / VAT ON GOODS<br><input type="checkbox"/> TVA SUR LES ENCAISSEMENTS / VAT ON INCOMING PAYMENTS           |   |
| ETAT / STATE   | France                                |   |   |
| PAYS / COUNTRY   | France                                |   |   |
| N° TELEPHONE SOCIETE / COMPANY PHONE NUMBER *                                | 380226185                             |   |   |
| ADRESSE E-MAIL SOCIETE / COMPANY E-MAIL ADDRESS *                            | contact@af-gros.com                   |   |   |
| INFORMATIONS LIVRAISON / DELIVERY INFORMATION                                |                                       |   |   |
| JOURS DE LIVRAISON (si spécifique) / DELIVERY DAYS (if specific) *           |                                       | CONDITIONS DE PAIEMENT / PAYMENT TERMS  |   |
| DELAI DE LIVRAISON / DELIVERY TIME   |                                       | ALIMENTAIRE / FOOD  |   |
| MINIMUM DE COMMANDE / MINIMUM ORDER *  |                                       | BOISSONS / BEVERAGE   |   |
| MONTANT DU FRANCO / AMOUNT FOR FREE DELIVERY *                               | Calculé en fonction du nombre de cois | AUTRES / OTHERS   |   |
| FRAIS DE PORT / SHIPPING COSTS   |                                       | TYPE DE PRESTATION (si applicable) / TYPE OF SERVICE (if applicable)  |   |
| INCOTERM(S) DE TRANSPORT UTILISE(S) [DDP, EXW, DAP, ...]                     |                                       | PRESTATAIRE D'HONORAIRES / SERVICE PROVIDER FEES  |   |
| MODE DE LIVRAISON DIRECT OU PAR TRANSPORTEUR / DIRECT DELIVERY OR BY CARRIER |                                       | COMMISSIONS   |   |
| SI TRANSPORTEUR : NOM / IF CARRIER : NAME                                    |                                       | SBI CHEZ LE FOURNISSEUR / SBI AT THE SUPPLIER   |   |
| TYPE DE LIVRAISON (PALETTES/CARTONS - ...) / TYPE OF DELIVERY                |                                       | NUMERO CLIENT SBI CHEZ LE FOURNISSEUR (par établissement)<br>CUSTOMER ACCOUNT NUMBER (for each entity)  |   |

\* MENTIONS OBLIGATOIRES / MANDATORY FIELDS