

## Formulaire de commande

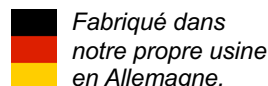
### Perchlorate de sodium Dyckerhoff 300 mg/ml gouttes buvables

Les gouttes de perchlorate de sodium sont un médicament essentiel en radiologie, en médecine nucléaire et en soins intensifs. L'Irenat®, autorisé en France et en Allemagne avec 15 gouttes par ml, n'est pas disponible pendant au moins 2 ans (arrêt de la production).

**Avec l'autorisation des autorités allemandes, Dyckerhoff Pharma commercialise un nouveau médicament fini comme alternative directe à Irenat®. Maintenant disponible à l'importation !**

#### Perchlorate de sodium Dyckerhoff 300 mg/ml gouttes buvables

- **Disponibilité en permanence : Fabriqué dans notre propre usine avec les normes BPF, à Cologne, Allemagne, sans avoir recours à des fabricants sous contrat.**
- **Compatible avec le schéma posologique établi en France depuis 60 ans ; la dose par goutte est identique à celle du médicament Irenat® autorisé en France avec 15 gouttes par ml**  
1 ml contient 300 mg de perchlorate de sodium.  
1 goutte contient 20 mg de perchlorate de sodium.
- **Etiquetage et notice en français et en allemand (bilingue).** Exemple ici: [www.perchlorate-dyckerhoff.fr](http://www.perchlorate-dyckerhoff.fr)



#### Commandes

commandes@perchlorate-dyckerhoff.fr  
Tél. +49 221 292 6613-6  
Fax +49 221 292 6613-9

#### Conseils pharmaceutiques et médicaux :

infomedical@perchlorate-dyckerhoff.fr  
Tél. +49 221 292 6613-7  
[www.perchlorate-dyckerhoff.fr](http://www.perchlorate-dyckerhoff.fr)

#### Emballage clinique

Réf. Art. FR19275343 **Prix**  
**départ usine**  
10 x 20 ml 398,69 €  
**Livraison gratuite dans l'EEE.**

#### Nous passons une commande ferme

Inscrire le nombre d'emballages cliniques

x Emballages cliniques  
avec 10 x 20 ml

#### Emballage individuel

Réf. Art. FR19275337 **Prix**  
**départ usine**  
1 x 20 ml Sur demande

#### Nous demandons une offre pour

Inscrire le nombre d'emballages individuels

Nouveau client : Veuillez fournir une copie de votre licence de pharmacien / grossiste.

Client existant,  
**N° de client :**

2 % de réduction : Nous avons fourni un mandat de prélèvement SEPA (formulaire ci-joint).

Grossiste

Pharmacie

Pharmacie hospitalière

#### Adresse de livraison :

Nom / Société	
Rue, numéro	
Code postal, lieu	
Pays	
Instructions de livraison	
Personne de contact	
Nos besoins mensuels en perchlorate de sodium (estimation non contractuelle pour la planification) :	
Emballage individuel par mois	Emballage clinique par mois

#### Adresse de facturation, si différent :

Nom / Société	
Rue, numéro	
Code postal, lieu	
E-mail pour les factures	
E-mail pour les questions	
Tél.	Fax

#### Date et signature

Nous vous remercions pour votre commande. Nous nous réservons le droit d'effectuer des livraisons partielles.

25/03/2024, offre valable jusqu'au 30/06/2024. Les conditions générales s'appliquent, voir [www.perchlorate-dyckerhoff.fr](http://www.perchlorate-dyckerhoff.fr)

**Dyckerhoff Pharma GmbH & Co. KG**

Robert-Perthel-Str. 49  
50739 Cologne, Allemagne  
[www.perchlorate-dyckerhoff.fr](http://www.perchlorate-dyckerhoff.fr)

directeurs généraux:  
Sigrid Schühlein, pharmacienne responsable  
Karl-Heinz Schühlein, médecin

Registre du commerce de Cologne, HRA 5379;  
Associé commandité : Dyckerhoff Pharma  
Verwaltung GmbH, HRB 2593

## DESIGNATION DU CREANCIER

Dyckerhoff Pharma GmbH & Co. KG  
 Robert-Perthel-Str. 49  
 50739 Cologne  
 Allemagne

## Mandat de prélèvement SEPA de base pour les paiements récurrents

Identifiant créancier SEPA :	DE05 ZZZ 0000 0478 962
------------------------------	------------------------

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) Dyckerhoff Pharma GmbH & Co. KG à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Dyckerhoff Pharma GmbH & Co. KG

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

<b>Nom de client</b>	
<b>Numéro de client, si disponible</b>	
<b>Numéro et nom de la rue</b>	
<b>Code Postal, Ville, Pays</b>	
<b>Titulaire du compte, si différent</b>	
<b>Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN</b> (International Bank Account Number)	
<b>Établissement de crédit (nom)</b>	
<b>Identification internationale de la banque (BIC)</b>	

\_\_\_\_\_

Date

\_\_\_\_\_

Signature

Rappel : En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par Dyckerhoff Pharma GmbH & Co. KG. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec Dyckerhoff Pharma GmbH & Co. KG.

[www.perchlorate-dyckerhoff.fr](http://www.perchlorate-dyckerhoff.fr)