

Il incombe au propriétaire d'aviser Express Scripts Canada, 20 jours à l'avance et par écrit, de tout changement à son profil.

### RENSEIGNEMENTS SUR LA PHARMACIE (Renseignements obligatoires)

N° de fournisseur : \_\_\_\_\_ Langue de correspondance :  Français  Anglais  
 Nom commercial : \_\_\_\_\_  
 Dénomination sociale : \_\_\_\_\_  
 Adresse actuelle : \_\_\_\_\_  
 Ville, Province, Code postal : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_  
 Courriel : \_\_\_\_\_  
 Nom de la personne-ressource : \_\_\_\_\_ Titre : \_\_\_\_\_

#### SECTION A – NOM COMMERCIAL (Changement)

La modification du nom commercial est acceptée lorsque la **dénomination sociale** et le **nom du propriétaire** demeurent inchangés.

**Date d'effet** : \_\_\_\_\_

Nom commercial **actuel** : \_\_\_\_\_

**Nouveau** nom commercial : \_\_\_\_\_

- Modification de la dénomination sociale / du nom de propriétaire** (y compris l'ajout ou la suppression du nom d'un propriétaire)  
**IMPORTANT :** Dans ce cas, Express Scripts Canada exige qu'une **nouvelle Entente avec les pharmacies** soit remplie. Le numéro actuel du fournisseur sera **supprimé à la date de fermeture de la pharmacie et les dossiers seront transférés au numéro de fournisseur du nouveau propriétaire.**

#### SECTION B – ADRESSE ET MODE DE COMMUNICATION (Mode et changement)

**Date d'effet de la modification** : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Les communications seront transmises d'abord par **courriel**, puis par télécopieur et finalement par la poste (au besoin).

Adresse courriel actuelle **ou**  Nouvelle adresse courriel : \_\_\_\_\_

Numéro de télécopieur actuel **ou**  Nouveau numéro de télécopieur : \_\_\_\_\_

#### SECTION C – MODE DE PAIEMENT (Établissement du dépôt direct ou modification)

J'autorise Express Scripts Canada à établir le dépôt direct des PAIEMENTS ou à le modifier. J'autorise les dépôts dans mon compte bancaire, mais non les retraits ni les autres types de transactions. Tous les renseignements fournis seront considérés comme CONFIDENTIELS. J'aviserai rapidement Express Scripts Canada de tout changement bancaire, qu'il s'agisse de la succursale ou du compte.

**Date d'effet** : \_\_\_\_\_  Renseignements sur un **NOUVEAU** compte, **ou**  **REPLACER** les renseignements

Veuillez fournir les renseignements ci-dessous et **joindre**  un **chèque ANNULÉ** (la photocopie d'un chèque ANNULÉ peut être télécopiée),

Ou  **une lettre de la banque**

Nom de la banque : \_\_\_\_\_ Succursale : \_\_\_\_\_

Adresse de la succursale : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Banque : | | | | Succursale : | | | | N° de compte : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

#### SECTION D – HONORAIRES PROFESSIONNELS (Changement) (Pharmacies à l'extérieur du Québec SEULEMENT)

##### Pharmacies en ONTARIO seulement

Date d'effet : \_\_\_\_\_ Zone établie par le PMO : \_\_\_\_\_

Hon. prof. actuels : \_\_\_\_\_

Nouveaux hon. prof. : \_\_\_\_\_

##### TOUTES LES AUTRES pharmacies

Date d'effet : \_\_\_\_\_

Hon. prof. actuels : \_\_\_\_\_

Nouveaux hon. prof. : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Nom complet du propriétaire  
 ou du dirigeant de l'établissement (en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
 Titre  
 (en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
 Signature du propriétaire ou du dirigeant de l'établissement

\_\_\_\_\_  
 Date

Veillez retourner le formulaire dûment rempli et signé (accompagné d'un chèque ANNULÉ ou d'une lettre de la banque, le cas échéant) par télécopieur au **1 855 622-0669** ou par la poste à : **Express Scripts Canada, Service des relations avec les fournisseurs, 5770, rue Hurontario, 10<sup>e</sup> étage, Mississauga, ON L5R 3G5**