

GE Medical Systems Italia SpA
Modulo Creazione Fornitore

Spett.le Ente,

al fine di gestire l'istruttoria per un'eventuale **Supporto per la Partecipazione di professionisti sanitari a eventi formativi organizzati da Terzi** con la scrivente Società, di seguito alla presente vi trasmettiamo il modulo di dichiarazione dati anagrafici per poter iniziare il processo di inserimento nei nostri sistemi, indispensabile per procedere all'emissione dell'ordine formale (PO) e gestire il pagamento.

Le chiediamo gentilmente di compilarlo digitalmente nei campi compilabili evidenziati **e alla sua sottoscrizione con firma e data** e di allegarlo nella sezione "Altri documenti" dal link per la richiesta di supporto formativo

A tale riguardo Vi precisiamo che, per politiche interne di qualità, riceverà altresì a breve dall'indirizzo Apex.Portal@supplierportal.email.ge.com un messaggio di posta elettronica nel quale troverà un link e le modalità di accesso ad un portale dedicato dove confermare parte dei dati forniti, integrandoli con alcune altre informazioni di natura contabile-amministrativa che le verranno richieste. La mancanza di tale compilazione non permetterà la chiusura del processo.

[Nota importante: è possibile che il vostro server di posta elettronica possa smistare il messaggio nella casella Spam. Sugeriamo di volerla controllare periodicamente se non ricevesse nulla entro i prossimi giorni].

DATI GENERALI

Ragione sociale	
Indirizzo:	
Città:	
CAP:	
Stato:	

RIFERIMENTI AMMINISTRATIVI

Numero di Telefono:	
Email:	
Persona da contattare o di riferimento	

TERMINI DI PAGAMENTO

Termini di pagamento:	60 gg. data fattura (policy di GE)
-----------------------	------------------------------------

Qualunque fattura in cui non sia citato il numero d'ordine (PO) sarà ritenuta non valida e non sarà processata per il pagamento (NO PO-NO PAY Policy).

Confermo che le informazioni sopra riportate sono corrette e aderiscono alla policy GE 'No PO, No Pay'

Firma _____

Nome _____

Data _____