



**FORMULAIRE DE PROTECTION D'INVENTAIRE POUR KAYEXALATE®
INVENTORY PROTECTION FORM FOR KAYEXALATE®**

POUR PHARMACIES EN ONTARIO SEULEMENT / FOR PHARMACIES IN ONTARIO ONLY

Service à la clientèle / Customer Service

Date : Le 31 juillet 2019 / July 31, 2019

INSTRUCTIONS

Veillez compléter le formulaire ci-dessous et **fournir une copie de votre preuve d'achat du produit en inventaire.** Acheminer le formulaire et les pièces justificatives dans les 30 jours à l'adresse courriel: sanofics@sanofi.com ou par télécopieur au: [1-800-268-3846](tel:1-800-268-3846).

Please complete the following form and **provide a proof of purchase of the product in your inventory.** Send the form and all supporting documents within the next 30 days to the e-mail address: sanofics@sanofi.com or by fax at: [1-800-268-3846](tel:1-800-268-3846).

INFORMATION REQUISE / REQUIRED INFORMATION

Nom de la pharmacie / Pharmacy Name : _____

Adresse / Address : _____

Ville / City : _____

Code postal / Postal Code : _____

No de tél / Phone No. : _____ Fax No. : _____

Contact : _____

Nom du distributeur / Wholesaler Name : _____

Date d'achat / Purchase date: _____

Numéro de compte / Account Number : _____

No de facture / Invoice Number: _____

INVENTAIRE EN MAIN/ INVENTORY ON HAND

NIM DIN	Code UPC UPC code	Format	No prod. Prod. No	Unités en inventaire / Units in Stock ⁽¹⁾	Ancien prix Old Price	Prix réduit Reduced price (2)	TOTAL
02026961	069508114503	KAYEXALATE® Pot / Jar 450 g	K450A		84.05\$	42.02\$	
						GRAND TOTAL	

(1) Sujet à une vérification d'un représentant de sanofi-aventis / Subject to a verification by a sanofi-aventis representative

(2) Différence de prix accordée sur le prix vendu au distributeur / Price difference based on the price sold to distributor

SIGNATURE DU CLIENT / CUSTOMER SIGNATURE : _____

Numéro d'autorisation / ATR Number : _____
(pour l'usage de sanofi /for sanofi use)