



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

POUR PHARMACIES AU QUÉBEC SEULEMENT / FOR PHARMACIES IN QUEBEC ONLY

Service à la clientèle / *Customer Service*

Date : Le 2 octobre 2019 / *October 2, 2019*

INSTRUCTIONS

Veillez compléter le formulaire ci-dessous et **fournir une copie de votre preuve d'achat du produit en inventaire.**
Acheminez 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 email 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* : _____

Numéro de facture / *Invoice Number*: _____

INVENTAIRE EN MAIN/ INVENTORY ON HAND

NIM <i>DIN</i>	Code UPC <i>UPC code</i>	Format	No prod. <i>Prod. No</i>	Unités en inventaire / <i>Units in Stock</i> ⁽¹⁾	Ancien prix <i>Old Price</i>	Prix réduit <i>Reduced price</i> ⁽²⁾	TOTAL
02026961	069508114503	KAYEXALATE [®] Pot / Jar 450 g	K450A		66.30\$	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*)