



DEMANDE D'OUVERTURE DE COMPTE

S.V.P. Imprimer, signer et télécopier votre demande à ce numéro :
450-687-7386 ou 1-800-648-3646

Référé par APPUI PME.CA

(S.V.P. REMPLIR EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE OU VIA ADOBE ACROBAT)

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|----------|--|--|--|---|--|---|--|-------------------------------------|--|--|--|
| Nom de la compagnie | | | | Inc. <input type="checkbox"/> Ltée <input type="checkbox"/> Enr. <input type="checkbox"/> Professionnel* <input type="checkbox"/> | | Date | | Année | | Mois | | Jour | |
| Adresse | | | | | | Nom du propriétaire, du président ou du professionnel | | | | | | | |
| Ville | | | | | | Province | | Code postal | | Compagnie en affaires depuis: _____ | | Nombre d'employés: Bureau _____ Autres _____ | |
| Téléphone | | | | Télécopieur | | | | Courriel | | | | | |
| Adresse de livraison (si différente) | | | | | | Montant requis par mois: \$ _____ | | Bon de commande requis: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Ville | | Province | | Code postal | | Préposé(e) aux comptes à payer | | | | | | | |
| Nom de l'acheteur | | | | Nom du directeur des achats | | | | Fournisseur actuel | | | | | |
| Désirez-vous recevoir un état de compte mensuel? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | | | | Si OUI , veuillez préciser par : _____ adresse courriel, s'il y a lieu Courriel <input type="checkbox"/> Télécopieur <input type="checkbox"/> Poste <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| Avez-vous un compte sous un autre nom? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> No de compte : _____ | | | | Nom du propriétaire de l'édifice | | | | | | | | | |
| Attendez-vous l'ouverture de votre compte pour placer une commande ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | | | | Adresse | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|----------------------------|--|----------|--|---------------------------|--|--|--|
| Nom de la banque principale | | | | No de compte (obligatoire) | | | | Depuis combien d'années | | | |
| Adresse | | | | Ville | | Province | | Téléphone | | | |
| Nom de 3 fournisseurs | | | | Téléphone (obligatoire) | | | | Télécopieur (obligatoire) | | | |
| 1) | | | | | | | | | | | |
| 2) | | | | | | | | | | | |
| 3) | | | | | | | | | | | |
| Je consens à respecter le terme NET 30 JOURS et j'autorise Fournitures de Bureau Denis inc. à obtenir ou à échanger des renseignements personnels avec tout agent de renseignements personnels aux fins d'établir ou de vérifier ma situation financière. Signature obligatoire | | | | | | | | | | | |
| Signé : | | | | | | Titre : | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|--|---|--|-----------------|--|----------------------------------|--|---------------------------------------|--|--|--|
| Évaluation bureau de crédit : | | | | | | USAGE DU BUREAU SEULEMENT | | | | | |
| 1) | | | | | | | | | | | |
| 2) | | | | | | | | | | | |
| 3) | | | | | | | | | | | |
| Limite de crédit | | Escompte | | No d'ordinateur | | Date | | Initiales | | | |
| No: 15 | | Conseiller(ère) en produits et services (interne) MELISSA RAHAL | | | | No: | | Responsable compte corporatif (route) | | | |