

Représentant (e) : \_\_\_\_\_ Territoire : \_\_\_\_\_

Raison sociale	Code rég.	Téléphone
_____	____	____

Adresse	Code rég.	Télécopieur
_____	____	____

Ville\prov.	Code postal	Marge de crédit mensuelle requis
_____	____	_____

**Informations générales**

Genre d'entreprise	Nombre d'année en opération
_____	_____

Nous désirons recevoir la facturation par courriel	Courriel de la personne responsables comptes payable
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	_____

Statut Incorporé  S.E.N.C  Enregistré

**\*\*Vous désirez une visite de votre représentant (e) 1 fois par mois  1 fois au 3 mois**

	Téléphone	Télécopieur
Nom de l'acheteur	_____	_____
Comptes payables	_____	_____
Propriétaire	_____	_____

**Référence bancaire**

Institution financière	Numéro de compte
_____	_____

Adresse	Ville
_____	_____

Directeur de compte	Code rég.	Téléphone
_____	____	____

**Références d'affaires**

Entreprises	Contact	Téléphone	Télécopieur
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Le (la) soussigné(e) fait la demande de crédit et accepte les conditions de la compagnie : net sur réception.  
Des frais mensuels de 1.5% seront facturés sur tous les montant en souffrance.

\_\_\_\_\_  
Nom Signature Date