

DEMANDE D'OUVERTURE DE COMPTE

NOM DE VOTRE
COMPAGNIE : _____

ADRESSE : _____

VILLE : _____ CODE POSTAL : _____

TEL : _____ FAX : _____

ÊTES-VOUS PROPRIÉTAIRE DE VOTRE PLACE D'AFFAIRE ? OUI NON

Nom du président : _____

Adresse résidentielle : _____

Date de naissance : _____ NAS : _____

RENSEIGNEMENT D'ORDRE FINANCIER commercial

BANQUE : _____ SUCCURSALE : _____

NO. DE COMPTE : _____ TEL : _____

DIRECTEUR DU COMPTE : _____

REFERENCES (MINIMUM 3 FOURNISSEURS IMPORTANTS)

1. _____ VILLE : _____ TEL : _____

2. _____ VILLE : _____ TEL : _____

3. _____ VILLE: _____ TEL: _____

NOS TERMES SONT DE NET 30 JOURS ET DES FRAIS DE 24% L'AN SOIT 2% PAR MOIS
SERONT AJOUTES SUR TOUT COMPTE ECHU.

****JE SUIS AUTORISÉ(E) A SOLLICITER L'OUVERTURE DU COMPTE ET JE ME RENDS
PERSONNELLEMENT, SOLIDAIREMENT ET CONJOINTEMENT RESPONSABLE DE CE COMPTE
JUSQU' AU PAIEMENT FINAL ET COMPLET. J' AUTORISE LE FOURNISSEUR OU SA FIRME DE
CRÉDIT A SE PROCURER TOUS LES RENSEIGNEMENTS FINANCIERS ET AUTRES
RÉFÉRENCES QU' IL JUGERA NÉCESSAIRE ET TOUTE PERSONNE EST AUTORISÉE, PAR LA
PRÉSENTE, A LUI FOURNIR DE TEL RENSEIGNEMENTS.**

SIGNE A: _____ EN DATE DU: _____

SIGNATURE: _____

LETTRE MOULÉE: _____