

Mise à jour dossier / Ouverture de compte *** S.V.P. REMPLIR EN CARACTÈRE D'IMPRIMERIE *******

Nom de l'entreprise : _____	# TPS : _____
Adresse : _____	# TVQ : _____
	Téléphone : _____
Ville : _____	Télécopieur : _____
Province: _____	Code postal: _____
En affaire depuis: _____	Activité de l'entreprise: _____
Achats mensuel: \$ _____	Crédit demandé: \$ _____

ADRESSE DE FACTURATION (si différente)

Adresse: _____	Code postal: _____
	Téléphone : _____
Ville _____	Fax: _____

RESPONSABLE DE L'ENTREPRISE

Nom: _____	Titre: _____
Adresse: _____	Téléphone : _____
Ville: _____	Code postal: _____

RESPONSABLE COMPTES PAYABLES

Nom : _____	Téléphone : _____
Courriel: _____	Fax: _____

REFERENCES BANCAIRES

Nom de la banque : _____	Nom du responsable : _____
Succursale : _____	Téléphone : _____
Adresse : _____	No. Compte : _____
Ville : _____	

REFERENCES COMMERCIALES

Nom de l'entreprise	Téléphone	Télécopieur	Courriel
1) _____	_____	_____	_____
2) _____	_____	_____	_____
3) _____	_____	_____	_____
4) _____	_____	_____	_____

INDIQUEZ VOS PREFERENCES

Facture / État compte	<input type="checkbox"/>	Poste	<input type="checkbox"/>	Courriel	<input type="checkbox"/>	Fax
Paiement Électronique	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non		

** si oui, veuillez communiquer avec nous pour nos coordonnées bancaires et spécimen de chèque

CONFIRMATION DES INFORMATIONS / DROIT A L'INFORMATION / CONDITIONS

Je certifie par la présente que les informations incluses dans cette demande de crédit sont exactes. L'information incluse dans cette demande est pour l'usage exclusif de Phil Larochelle Équipement Inc. afin de déterminer le montant et les conditions de crédit à être accordées. Je comprends que Phil Larochelle Équipement Inc. peut aussi utiliser d'autres sources de crédit lesquelles seraient considérées nécessaires pour déterminer la dite marge de crédit. J'autorise donc la banque et les références commerciales ci-haut mentionnées, à fournir les informations nécessaires à Phil Larochelle équipement Inc. pour établir notre marge de crédit.

Signature _____	Titre _____	Date _____
<p>Toute 1ère commande devra être payée comptant. L'application de crédit sera considéré pour les commandes subséquentes.</p> <p>Tout défaut de paiement entraînera une suspension du compte jusqu'au règlement des factures.</p> <p>Tout compte inactif pendant un (1) an sera fermé automatiquement.</p> <p>Termes : Net 30 jours de la date de facturation. Intérêt de 2% mensuel charge sur compte passé dû.</p>		

RESERVE A L'ADMINISTRATION

NO CLIENT: _____	MONTANT AUTORISÉ: _____
APPROUVÉ PAR: _____	DATE D'APPROBATION: _____
COMMENTAIRES: _____	