

REPRÉSENTANT :	
LIMITE ACCORDÉE :	

APPLICATION DE CRÉDIT

NOM DU COMMERCE :

RAISON SOCIALE (SI DIFFÉRENTE) :

ADRESSE DE FACTURATION (NUMÉRO ET RUE) :

VILLE :

PROVINCE :

CODE POSTAL :

TÉLÉPHONE :

() ()

TÉLÉCOPIEUR :

() ()

ADRESSE DE LIVRAISON (SI DIFFÉRENTE DE CELLE INDIQUÉE CI-DESSUS). SI VOUS AVEZ PLUS D'UNE ADRESSE DE LIVRAISON, VEUILLEZ NOUS DRESSER UNE LISTE SUR UNE FEUILLE SÉPARÉE.

INDIQUER SI LA COMPAGNIE EST :

INCORPORÉE OUI NON

ENREGISTRÉE, OUI NON SI OUI, INDIQUER VOTRE NO. D'ASSURANCE CIALE :

INDIQUER LA MARGE DE CRÉDIT QUE VOUS DÉSIREZ OBTENIR (SELON VOS PRÉVISIONS D'ACHAT) : \$ _____

INDIQUER S'IL EST OBLIGATOIRE D'AVOIR UN NUMÉRO DE BON DE COMMANDE :

OUI NON

NOUS ENVOYONS SEULEMENT LES ÉTATS DE COMPTES SUR DEMANDE ET SEULEMENT PAR COURRIEL

INDIQUER SI VOUS DÉSIREZ RECEVOIR VOTRE ÉTAT DE COMPTE MENSUEL PAR COURRIEL :

OUI NON

ADRESSE COURRIEL COMPTE PAYABLES :

ADRESSE COURRIEL DE L'ACHETEUR :

RESPONSABLE DES ACHATS :

NO. DE TÉLÉPHONE (EXTENSION S'IL Y A LIEU) :

() ()

RESPONSABLE DES COMPTES A PAYER :

NO. DE TÉLÉPHONE (EXTENSION S'IL Y A LIEU) :

() ()

RÉFÉRENCES BANCAIRES :

NOM DE L'INSTITUTION FINANCIÈRE :

NUMÉRO DE VOTRE COMPTE BANCAIRE :

PERSONNE RESSOURCE (GÉRANT DE COMPTE) :

TÉLÉPHONE :

() ()

TÉLÉCOPIEUR :

RÉFÉRENCES DE CRÉDIT :

NOM DU FOURNISSEUR :

TÉLÉPHONE :

() ()

TÉLÉCOPIEUR :

NOM DU FOURNISSEUR :

TÉLÉPHONE :

() ()

TÉLÉCOPIEUR :

NOM DU FOURNISSEUR :

TÉLÉPHONE :

() ()

TÉLÉCOPIEUR :

Termes de paiement :

Net 30 jours, à partir de la date de la facture

Taux d'intérêt :

24% annuel pour toute facture dépassant 45 jours _____

Relevé de compte :

Nous n'envoyons pas de relevé de compte. Si vous désirez recevoir un relevé mensuel, veuillez en faire la demande auprès de notre service à la clientèle.

Preuve de livraison :

Un frais de \$4.00 sera chargé pour toute demande de preuve de livraison datant de plus de 30 jours.

Si ma demande de crédit est approuvée, je m'engage à payer les factures selon les termes indiqués (net 30 jours) et les frais d'intérêts le cas échéant. Dans l'éventualité de non paiement et si le compte doit être envoyé à une agence de collection, je m'engage à payer les frais de collection. Si des frais légaux sont exigés, je paierai les frais encourus résultant du non paiement. **PROMOTIONS LÉPINE inc.** conserve tous les droits sur tous les produits vendus jusqu'au paiement en entier.

Je, soussigné, autorise **PROMOTIONS LÉPINE inc.** à vérifier les informations contenues dans cette demande. Également, j'autorise les personnes nommées comme référence, ainsi que ma banque, à donner des informations additionnelles qui pourraient être nécessaires pour l'obtention de ma marge de crédit et de plus, je m'engage à respecter les termes de ventes ci-haut mentionnés.

Je suis le demandeur (propriétaire) nommé dans cette demande et/ou un officier autorisé de la compagnie qui fait cette demande.

2800 Boulevard Hamel Québec, P.Q. G1P 2J1

TEL:(418) 687-0084, FAX: (418) 687-4446

SANS FRAIS : 1-877-687-0084

REPRÉSENTANT :	
LIMITE ACCORDÉE :	

APPLICATION DE CRÉDIT

DATE :

NOM EN LETTRES MOULÉES :

SIGNATURE AUTORISÉE :