

OUVERTURE DE DOSSIER RÉVISION DE DOSSIER DATE : * _____

IDENTIFICATION DE LA COMPAGNIE			
NOM*		NO T.V.Q.	
ADRESSE*		NO T.P.S.	
VILLE*	PROVINCE	CODE POSTAL*	TÉLÉPHONE*
ADRESSE D'EXPÉDITION (SI DIFFÉRENT)*		TÉLÉCOPIEUR	
VILLE		PROVINCE	CODE POSTAL
TYPE D'ENTREPRISE*		SITE WEB	
VOLUME ANNUEL D'ACHAT PRÉVU		NOMBRE D'EMPLOYÉS DE BUREAU : TOTAL :*	
ANNÉE FISCALE	EN AFFAIRES DEPUIS*		BON DE COMMANDE REQUIS
PROPRIÉTAIRE*		COURRIEL	
NOM DE L'ACHETEUR*		COURRIEL*	
PRÉPOSÉ (E) AUX PAYABLES*		COURRIEL*	
BANQUE*		NO DE COMPTE*	
ADRESSE		SIGNATAIRE	
TÉLÉPHONE	TÉLÉCOPIEUR	NOMBRE D'ANNÉES AVEC CETTE BANQUE	
NOM DE DEUX FOURNISSEURS (AU QUÉBEC)*			
1.	TÉL :	FAX :	
2.	TÉL :	FAX :	

S.V.P. REMPLIR TOUTES LES CASES

IDENTIFICATION PERSONNELLE (PROPRIÉTAIRE OU PRÉSIDENT)	
NOM	
N.A.S.	DATE DE NAISSANCE
BANQUE	NO DE COMPTE
ADRESSE	
COMMENTAIRES	

** DÉSIREZ-VOUS RECEVOIR VOTRE ÉTAT DE COMPTE PAR : 1-FAX ___ 2-COURRIEL ___ 3-POSTE ___ **

Termes de crédit : Les comptes sont payables sur réception de l'état de compte. Les comptes passés dus seront grevés d'un intérêt mensuel. Des frais administratifs de 20.00\$ seront exigés pour tout chèque retourné par la banque. Si Équipement de bureau Robert Légaré Ltée ou une de ses divisions devait avoir recours aux services d'un avocat pour la perception de la totalité ou d'une partie de la somme due en capital ou en intérêt, le client s'engage à rembourser, à titre de clause pénale et plus les intérêts ci-haut mentionnés ou de tout mémoire de frais taxé par la Cour, tous les frais et dépenses encourus, lesquels sont fixés à un montant de 25% de la somme alors due. Je soussigné, autorise Équipement de bureau Robert Légaré Ltée ou ses filiales à vérifier les informations contenues dans cette demande. Également, j'autorise les personnes nommées comme références ainsi que ma banque à fournir des informations additionnelles qui pourraient être nécessaires pour l'obtention de mon crédit. De plus, j'autorise Équipement de bureau Robert Légaré Ltée ou une de ses divisions à fournir des informations sur mon compte. Tous les renseignements mentionnés dans cette demande sont exacts. Je soussigné, accepte personnellement, de payer les sommes qui vous sont dues et de remplir toutes les autres obligations de mon entreprise envers vous, au cas où celle-ci serait en défaut de respecter ses engagements. De plus, Équipement de bureau Robert Légaré Ltée ou une de ses divisions demeure propriétaire de la marchandise tant et aussi longtemps qu'elle n'est pas entièrement payée. J'ai lu et j'accepte les conditions décrites ci-haut.....

NOM : * _____ SIGNATURE : * _____

ESPACE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION				
# CLIENT :	DATE : / /	ESC :	LIMITE :	REP :

Prière de retourner le formulaire par fax au (450) 438-3237 ou par courriel comptabilite@robertlegare.com