



OUVERTURE DE COMPTE CLIENT

Nom Légal _____

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code Postal _____

TEL: _____ Fax: _____

No. TPS _____

No. TVQ _____ Date d'incorporation _____

Responsable Comptes Payables _____

Courriel Facturation _____

Principaux Fournisseurs

Nom : _____

Adresse : _____

FAX : _____ Tel. _____

Nom : _____

Adresse : _____

FAX : _____ Tel. _____

Nom : _____

Adresse : _____

FAX : _____ Tel. _____

Par la présente, nous vous demandons d'ouvrir un compte-crédit auprès de votre compagnie. Nous acceptons vos termes de paiement : **Net 30 jours de la date de facturation**, ainsi que les frais d'intérêt de 2% par mois/24% par an, sur tout solde de plus de 30 jours. En même temps, nous vous autorisons à faire les investigations de crédit nécessaires afin d'approuver cette demande d'ouverture de compte.

Date : _____ **Approuvé Par :** _____