

FORMULAIRE (DE CRÉDIT)



10939 - 120 Street
Edmonton, AB T5H 3R3
Tel: 780-453-5044
Fax: 780-453-6283

NOM: _____

ADRESSE: _____

EMPLACEMENT: _____

VILLE: _____ PROV: _____

CODE POSTAL: _____

TÉLÉPHONE: ()

FAX: ()

SOCIÉTÉ À RESPONSABILITÉ: _____

RESPONSABLE DES COMPTES À PAYER: _____

NOMBRE D'ANNÉES EN AFFAIRES: _____

ACHETEUR: _____

GENRE D'ENTREPRISE: _____

BANQUE: _____

ADRESSE DE SUCCURSALE: _____

TÉLÉPHONE: ()

RÉFÉRENCES DE FOURNISSEUR:

1. NOM DE COMPAGNIE: _____

VILLE: _____ PROV.: _____

TÉLÉPHONE: () FAX: ()

2. NOM DE COMPAGNIE: _____

VILLE: _____ PROV.: _____

TÉLÉPHONE: () FAX: ()

3. NOM DE COMPAGNIE: _____

VILLE: _____ PROV.: _____

TÉLÉPHONE: () FAX:()

BONS DE COMMANDE REQUIS POUR TOUT ACHAT? OUI NON RABAIS: %

COMMANDES EXEMPTÉES TVQ? OUI NON SI OUI, PRÉCISER #:

COMMANDES EXEMPTÉES TPS? OUI NON SI OUI, PRÉCISER #:

MARCHAND S.V.P. NOTER: PAIEMENTS DANS LES 30 JOURS DE LA DATE DE LA FACTURE
TOUTE RÉCLAMATION DOIT ÊTRE FAITE DANS LES 10 JOURS SUIVANT LA RÉCEPTION DE LA MARCHANDISE
LES ÉCHANGES / RÉTOURS DOIVENT ÊTRE FAITS DANS LES 45 JOURS DE LA RÉCEPTION DE LA MARCHANDISE

SIGNATURE DU RESPONSABLE: _____

NOM EN LETTRES MOULÉES: _____

TITRE: _____ DATE: _____

OFFICE USE ONLY

ACCOUNT NUMBER ASSIGNED: _____

CREDIT LIMIT: _____

SALESMAN: _____

DEFAULT PRICE CODE: _____

TERMS CODE TAX CODE: _____

DEFAULT SHIP CODE: _____

INDUSTRY: _____

TERRITORY: _____

REGION: _____

P.O. REQUIRED: YES NO

LOCATION #: YES NO

CREDIT APPROVED: _____

DATE: _____

ENTERED: _____