



Usine Sartigan inc.
888, route 269
Saint-Honoré-de-Shenley (Québec)
G0M 1V0
Tél.: (418) 485-6797 Fax : (418) 485-6745

DEMANDE D'OUVERTURE DE COMPTE

Attn: Département des comptes à payer

IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE

NOM DE LA COMPAGNIE _____

ADRESSE _____

VILLE (PROVINCE) _____

CODE POSTAL _____

TÉLÉPHONE _____

FAX _____

@dresse électronique _____

INFORMATION AU SUJET DE L'ENTREPRISE

NATURE DES AFFAIRES DE L'ENTREPRISE : _____

ANNÉE DU DÉBUT DES ACTIVITÉS : _____

MARGE DE CRÉDIT DEMANDÉE: _____

TPS - TVH: _____

TVQ: _____

FORME JURIDIQUE DE L'ENTREPRISE : _____

NOM DES PRINCIPAUX ACTIONNAIRES : _____

1) _____

2) _____

NOM DE L'ACHETEUR : _____

@dresse électronique _____

NOM DU RESPONSABLE DES COMPTES À PAYER : _____

ADRESSE ÉLECTRONIQUE POUR L'ENVOI DE LA FACTURATION: _____

@dresse électronique _____

INSTITUTION FINANCIÈRE DE L'ENTREPRISE

NOM _____

COMPTE, # TRANSIT _____

DIRECTEUR DE COMPTE _____

ADRESSE _____

VILLE (PROVINCE) _____

CODE POSTAL _____

TÉLÉPHONE _____

FAX _____

MARGE DE CRÉDIT AUTORISÉE: _____

PRINCIPAUX FOURNISSEURS

NOM DU FOURNISSEUR _____

TÉLÉPHONE _____

FAX _____

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

6) _____

CERTIFICATION et ENTENTE ENTRE VOTRE COMPAGNIE (Le débiteur) et USINE SARTIGAN INC. (Le créancier)

CONDITIONS ET PAIEMENTS:

Sujettes à l'approbation du crédit, les conditions de paiement accordées sont de 1% 10 jours, net 11 jours suivant la date de la facture. Advenant un retard dans le paiement des factures, le créancier sera justifié de suspendre les privilèges de crédit de suspendre les livraisons.

INTÉRÊTS PASSÉS DÛS:

Des frais d'intérêts de 12% par année (1% par mois) seront imputés sur toute facture échue.

DROIT DE PROPRIÉTÉ:

Le créancier demeure propriétaire de la marchandise livrée jusqu'au paiement final de la facture.

ÉLECTION DE DOMICILE:

Les parties, aux fins des présentes, élisent domicile dans le district judiciaire de Québec.

ACCEPTATION:

Le débiteur déclare avoir lu et compris la présente entente, être d'accord avec les conditions, en connaître la portée et avoir reçu un exemplaire.

CERTIFICATION:

Je certifie que les informations données dans le présent formulaire sont exactes et j'autorise Usine Sartigan inc. à communiquer avec les personnes et organismes dont le nom figure ci-dessus afin d'obtenir tout renseignement jugé nécessaire pour traiter la présente demande d'ouverture de compte.

Signature autorisée _____

Date _____

Nom du responsable en lettre carrée _____

Poste ou titre _____

VEUILLEZ RETOURNER LE PRÉSENT FORMULAIRE PAR TÉLÉCOPIEUR AU (418) 485-6745