



BOULONS
plus

9651, Boul. Métropolitain Est, Ville d'Anjou (Québec) H1J 3C1

Tél.: **514.355.2383** Téléc.: **514.355.0272**

Sans frais: 1.888.657.2203

Internet: **boulonsplus.net** Courriel: **info@boulonsplus.net**

No client: _____

Demande d'ouverture de compte

Confidentiel - Département de crédit

Usage interne seulement

Vendeur: **Interne** Cell.: _____ Date: _____

Territoire: Mtl-E:A20, Mtl-O:B20, Laval:E20, Ouest-Mtl:L20, Rive-Sud:J00, Lanaudière:H20,
 Laurentides:F20, AUTRES:X20

Bien vouloir prendre note que la première commande portée à votre compte sera facturée sur une base de comptant.

Pour que cette demande de crédit soit valide et traitée dans les plus brefs délais, il est important de répondre à toutes les informations demandées.

Nom légal: _____

Type d'entreprise: _____

Nom enregistré: _____

Date d'incorporation: _____ Début des opérations: _____

Adresse de facturation

_____ Code postal: _____

Tél.: _____

Fax: _____

Courriel: _____

Adresse de livraison

_____ Code postal: _____

Tél.: _____

Fax: _____

Courriel: _____

Contact à la réception: _____

Nom du propriétaire, président: _____

Tél.: _____

Courriel: _____

Fax: _____

Nom du/des associé/s

_____ Tél.: _____ Cell.: _____

_____ Tél.: _____ Cell.: _____

_____ Tél.: _____ Cell.: _____

Le(s) propriétaire(s) de la compagnie a-t-il déjà été impliqué dans une faillite? Oui Non

Si oui, donnez les détails: _____

Banque

Nom: _____ Contact: _____
Adresse: _____ No compte: _____
Tél.: _____ Fax: _____

Comptabilité

Nom du/des responsable/s

1er: _____ 2e: _____
Tél.: _____ Tél.: _____
Fax: _____ Fax: _____
Courriel: _____ Courriel: _____

Nous pouvons vous expédier les factures par:

Poste Fax Courriel

Crédit mensuel demandé: _____

Désirez-vous un état de compte mensuel?: Oui Non

Département des achats

Contact principal: _____
Tél.: _____
Fax: _____
Courriel: _____

Nom des contacts autorisés à acheter:

1-	Tél.: _____	Fax: _____	Courriel: _____
1-	Tél.: _____	Fax: _____	Courriel: _____
2-	Tél.: _____	Fax: _____	Courriel: _____

Volume d'achat mensuel anticipé: _____

Un numéro de bon d'achat est-il requis?: Oui Non

Confirmez-vous vos achats de document:

Téléphone Fax Courriel

Désirez-vous une confirmation de commande par:

Téléphone Fax Courriel

Autorisation d'enquête auprès des fournisseurs référés.

Toutes les firmes doivent collaborer aux fins d'enquête.

Nom de l'entreprise: _____

Contact: _____

Fax: _____

Tél.: _____

Courriel: _____

Nom de l'entreprise: _____

Contact: _____

Fax: _____

Tél.: _____

Courriel: _____

Nom de l'entreprise: _____

Contact: _____

Fax: _____

Tél.: _____

Courriel: _____

Nom de l'entreprise: _____

Contact: _____

Fax: _____

Tél.: _____

Courriel: _____

Conditions de vente à crédit

Notre terme de paiement est de 2% / 15 jours, net 30 jours de la date de facturation.

Il se pourrait qu'une commande prête à l'expédition soit retenue à notre entrepôt advenant le cas où la condition de vente ne soit pas respectée.

- 1- **Boulons Plus** conserve la propriété des marchandises vendues jusqu'au paiement complet de prix de vente.
- 2- Le paiement complet de toute facture impayée sera exigible à l'échéance du terme de vente consenti au client. Dans le cas où **Boulons Plus** devra encourir des frais de recouvrement de ses créances, ces frais seront à la charge du client.
- 3- Des frais d'intérêt de 24% l'an, calculés mensuellement soit 2% par mois, seront applicables sur tout compte ou facture impayée.
- 4- **Une première commande est exigée dans les quatre mois suivant l'autorisation, sans quoi nous devons reprendre le processus complet d'enquête de crédit.**

Je certifie avoir lu, compris et accepté les conditions de vente mentionnées ci-dessus et certifie que les renseignements fournis sont exacts et véridiques. Je consens à ce que **Boulons Plus** puisse procéder à des vérifications auprès de la banque mentionnée, ainsi qu'auprès de différentes firmes d'information de crédit ou de fournisseurs, et ce, tant sur l'entreprise que sur moi-même, aux seules fins d'obtenir une marge de crédit chez **Boulons Plus**.

Responsable: _____
(lettres moulées)

Titre: _____

Signature: _____

Date: _____

SVP le formulaire doit être dûment rempli et retourné à Isabelle Cousineau par fax, 514.355.0272