

DEMANDE DE CREDIT COMPTE MARCHAND

Informations sur le demandeur

Nom du titre/contact:

Nom de l'entreprise:

Telephone:

Fax:

Courriel:

Adresse de l'entreprise enregistrée:

Ville:

Province:

Code Postal:

Enregistré depuis:

Entreprise à propriétaire
unique:

Partenariat:

Société:

Autre:

Renseignements Commerciaux et de Credit

Adresse de l'entreprise:

Ville:

Province:

Code Postal:

Temps à l'adresse actuelle:

Téléphone:

Fax:

Courriel:

Informations Bancaires

Adresse: Téléphone:
Ville: Province: Code Postal:
Type de compte (choisir) Numéro de Folio
Épargne:
Épargne avec Operation:
Autre

Entreprise/commerce (Références)

Nom de l'entreprise:
Adresse:
Ville: Province/ État: Code Postal:
Téléphone: Fax: Courriel:
Type de compte:

Nom de l'entreprise:
Adresse:
Ville: Province/ État: Code Postal:
Téléphone: Fax: Courriel:
Type de compte:

Nom de l'entreprise:

Adresse:

Villes:

Province/ État:

Code Postal:

Téléphone:

Fax:

Courriel:

Type de compte:

ACCORD

1. Toutes les factures doivent être payées 30 jours suivant la date de la facture
2. Les réclamations qui découlent de factures doivent être faites dans les sept jours ouvrables.
3. En soumettant cette demande, vous autoriser ClairiTech Innovations de faire des enquêtes sur les références bancaires et entreprises/commerce fournis.
4. Carte de credit peut être demandé/nécessaire pour la sécurité de votre compte.

SIGNATURES

Signature: _____ Signature: _____

Titre: _____ Titre: _____