

numéro de client

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Nom d'entreprise (nom légal de l'incorporation ou utilisé sur autres documents) :			
Nom de l'entreprise (indiquez tous les noms) :			
Adresse :			
Ville :	Province :	Code postal :	
Téléphone :		Télécopieur :	
Courriel :		Site internet :	
Adresse de facturation (si différente de celle au-dessus) :			
Ville :	Province :	Code postal :	
SVP faire parvenir la liste de toutes les succursales additionnelles.			
Adresse de livraison (si différente de celle au-dessus) :			
Ville :	Province :	Code postal :	
Téléphone :		Télécopieur :	
Type d'entreprise : Incorporé <input type="checkbox"/> En nom collectif <input type="checkbox"/> propriétaire unique <input type="checkbox"/> Filiale <input type="checkbox"/>			
Si incorporé , numéro d'incorporation :		Date de l'incorporation :	Lieu de l'incorporation :
En affaire depuis Années : () mois : ()		Numéro IRS (États-Unis seulement) :	

INFORMATIONS- DIRECTEURS, ADMINISTRATEURS, ACTIONNAIRES, ASSOCIÉS, PROPRIÉTAIRE

S.V.P. Indiquer les noms complets de tous les directeurs, administrateurs, actionnaires, associés et propriétaire (annexer une autre feuille si nécessaire) :		
Nom complet (et tous les autres noms utilisés) :		
Nom complet (et tous les autres noms utilisés) :		
Avez-vous déjà et/ou une des personnes suivantes (directeurs, administrateurs, actionnaires, associés, propriétaires, entreprises connexes) fait une demande de crédit dans le passé chez Safecross?		De quand à quand ?
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Si oui, sous quel nom d'entreprise? (liste complète) :		

RÉFÉRENCES COMMERCIALES

Ne pas fournir des références qui vous concernent vis-à-vis votre entreprise ou vis-à-vis vos partenaires, directeurs, administrateurs, ou propriétaires.

(1) Nom de compagnie :			Numéro de compte :		
Adresse :					
Ville :		Province :		Code Postal :	
Personne à contacter (Administrateur) :			Courriel :		
Téléphone :		Télécopieur :		Faites affaire ensemble depuis ? Années : Mois :	
(2) Nom de compagnie :			Numéro de compte :		
Adresse :					
Ville :		Province :		Code Postal :	
Personne à contacter (Administrateur) :			Courriel :		
Téléphone :		Télécopieur :		Faites affaire ensemble depuis ? Années : Mois :	
(3) Nom de compagnie :			Numéro de compte :		
Adresse :					
Ville :		Province :		Code Postal :	
Personne à contacter (Administrateur) :			Courriel :		
Téléphone :		Télécopieur :		Faites affaire ensemble depuis ? Années : Mois :	

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

Factures payées habituellement de quelle façon :	payable sur livraison	15 jours	30 jours	carte de crédit	transfert bancaire	carte de débit
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Montant de crédit demandé :						
Prévision d'achat annuel chez Safecross.	moins de \$5,000	\$5,000-\$10,000	\$10,000-\$25,000	\$25,000-\$50,000	\$50,000 +	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Directeur des achats :			Personne responsable des comptes payables :			
Téléphone :		Ext. :		Téléphone :		Ext. :
Courriel :			Courriel :			

RÉFÉRENCES BANCAIRES

Indiquer toutes les banques et institutions financières. Joindre une autre page si nécessaire.

Nom de la banque :		Numéro de succursale :	
Adresse de la banque :			
Ville :	Province :	Code postal	
Personne à contacter :	Téléphone :	Télécopieur :	
Courriel :	Numéro de compte :	En opération depuis. Années : Mois :	

RECONNAISSANCE

Je/nous reconnaissons et consentons les demandes suivantes :

paiement 30 jours sur approbation de crédit. Les produits demeurent la propriété de Safecross® First aid Ltd jusqu'au paiement total reçu et approuvé. Les comptes en souffrance sont sujet à un taux d'intérêt de 2% par mois (26.8% par année).

JE/NOUS CERTIFIONS QUE LES INFORMATIONS FOURNIES SUR CETTE DEMANDE DE CRÉDIT SONT COMPLÈTES, EXACTES ET RÉELLES. JE/NOUS CONSENTONS À CE QU'UNE APPROBATION DE CRÉDIT SOIT BASÉE SUR L'EXACTITUDE DE CES INFORMATIONS.

S'il existe plusieurs associés, ceux-ci doivent TOUS signés.

Si vous êtes une société enregistrée comptant moins de trois directeurs et/ou administrateurs, ceux-ci doivent tous signés. Si le nombre est plus élevé que trois directeurs et/ou administrateurs, un minimum de trois doit signés.

(1) Signature: _____ Nom (en lettre moulées) : _____

Titre: _____ Date: _____

(2) Signature: _____ Nom (en lettre moulées) : _____

Titre: _____ Date: _____

(3) Signature: _____ Nom (en lettre moulées) : _____

Titre: _____ Date: _____

CONSETEMENT

Nous autorisons nos banques et nos créanciers à fournir des informations de nos comptes à Safecross® First Aid Ltd.

_____ (Inscrire le nom de la compagnie)

_____ Signature d'une personne autorisée

_____ Date

_____ En lettre moulée