

**DEMANDE D'OUVERTURE DE COMPTE**

Nom de l'entreprise \_\_\_\_\_ Représentant \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Type d'entreprise \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Téléphone d'affaires \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ Téléphone résidence \_\_\_\_\_

Adresse d'expédition \_\_\_\_\_ Numéro de télécopieur \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Associé avec \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Nom du président \_\_\_\_\_ Entreprise en affaires depuis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Responsable de la comptabilité \_\_\_\_\_

Nom des acheteurs autorisés \_\_\_\_\_ Achats mensuels projetés \_\_\_\_\_

Nom de l'institution financière \_\_\_\_\_ No. de compte bancaire \_\_\_\_\_ Téléphone de l'institution financière \_\_\_\_\_

Adresse de l'institution financière \_\_\_\_\_ Numéro de télécopieur de l'institution financière \_\_\_\_\_

(la suite de cette demande d'ouverture de compte est au verso)

**PRINCIPAUX FOURNISSEURS OU CONNAISSANCES**

\_\_\_\_\_  
Nom Numéro de téléphone

\_\_\_\_\_  
Adresse Numéro de télécopieur

\_\_\_\_\_  
Nom Numéro de téléphone

\_\_\_\_\_  
Adresse Numéro de télécopieur

\_\_\_\_\_  
Nom Numéro de téléphone

\_\_\_\_\_  
Adresse Numéro de télécopieur

**INFORMATIONS PERSONNELLES**

\_\_\_\_\_  
Nom Date de naissance

\_\_\_\_\_  
Adresse Numéro d'assurance sociale

\_\_\_\_\_  
Téléphone affaires

\_\_\_\_\_  
Ville Province Code postal Téléphone résidence

Conditions : le paiement complet doit être effectué à 30 jours de la date de facturation. Des frais de 2% par mois ou 24% par an sont ajoutés aux comptes en souffrance. L'intérêt sur ces paiements différés court à 2% par mois ou 24% par année. Le titulaire est responsable des achats faits par une autre personne se servant de son nom. Le soussigné s'engage solidairement envers Produits Sanitaires V-To Inc. pour les sommes dûes. Les frais de recouvrement sont à la charge du client. Je, soussigné(e), déclare que les renseignements ci-dessus sont exacts. J'accepte que les enquêtes normales de solvabilité soient conduites en tout par Produits Sanitaires V-To Inc. ou son représentant et j'accepte que soient divulgués les renseignements qu'elles possèdent à mon sujet.

\_\_\_\_\_  
Signature du client Signature du vendeur

\_\_\_\_\_  
Date Numéro de client V-To

\_\_\_\_\_  
Administration Date d'acceptation