

FORMULAIRE D'OUVERTURE DE COMPTE

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX D'AFFAIRES			
Nom commercial de l'entreprise		Nombre d'années en affaire	
Nom légal de l'entreprise		<input type="checkbox"/> Propriétaire unique	
Adresse et suite		<input type="checkbox"/> Société en nom collectif	
Ville, province, code postal		<input type="checkbox"/> Société par actions	
Téléphone général Fax		Langue privilégiée	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais
Adresse livraison (Si différente)			
Adresse et suite			
Ville, province, code postal			
Domaine d'activité de l'entreprise			
Devisé de facturation privilégiée	<input type="checkbox"/> \$ CA <input type="checkbox"/> \$ US <input type="checkbox"/> Autre _____	Taxation requise	<input type="checkbox"/> TPS <input type="checkbox"/> TVQ <input type="checkbox"/> Exemption (SVP fournir votre certificat d'attestation)
INFORMATIONS BANCAIRES			
Nom de l'institution financière		Responsable	
Adresse et suite		Courriel	
Ville, province, code postal		Téléphone Fax	
Numéro de transit & d'institution		Numéro de compte	
RÉFÉRENCES FOURNISSEURS			
Nom de l'entreprise		Personne-contact	
Téléphone Fax		Courriel	
Nom de l'entreprise		Personne-contact	
Téléphone Fax		Courriel	
Nom de l'entreprise		Personne-contact	
Téléphone Fax		Courriel	
CONTACTS			
Responsable des achats		Titre	
Courriel		Téléphone	
Responsable réception / livraison		Titre	
Courriel		Téléphone	
Responsable comptes payables		Titre	
Courriel		Téléphone	
Courriel pour demandes générales			
Courriel pour envois des factures			
Courriel pour suivis des paiements			
CONDITIONS			
1. Le client s'engage à respecter les modalités de paiement de NET 30 JOURS.			<input type="checkbox"/>
2. Des frais d'intérêts de 24% annuellement (2% par mois) peuvent être exigibles sur tout compte passé dû.			<input type="checkbox"/>
3. La signature de la présente autorise GKM Consultants Inc. à effectuer des vérifications de crédit auprès de votre institution bancaire et de vos références fournisseurs.			<input type="checkbox"/>
SIGNATURE (PERSONNE AUTORISÉE)			
Signature			
Nom Titre		Date	