

OUVERTURE DE COMPTE

NOM :		
ADRESSE :		
ZIP CODE POSTAL :	TEL. :	FAX . :
ADRESSE COURRIEL TRAFFIC :		
ADRESSE COURRIEL PAYABLES :		

BANQUE :	
ADRESSE :	
TEL. :	FAX. :
NUMÉRO DE COMPTE :	

FOURNISSEUR :	
ADRESSE :	
TEL. :	FAX. :
ACHAT TOTAL (MENSUEL) :	LIMITE DE CRÉDIT (MENSUELLE) :

FOURNISSEUR :	
ADRESSE :	
TEL. :	FAX. :
ACHAT TOTAL (MENSUEL) :	LIMITE DE CRÉDIT (MENSUELLE) :

FOURNISSEUR :	
ADRESSE :	
TEL. :	FAX. :
ACHAT TOTAL (MENSUEL) :	LIMITE DE CRÉDIT (MENSUELLE) :

NO\$ TERMES DE CRÉDIT SONT : NET 30 JOURS DE LA CUEILLETTE
1 1/2 % D'INTÉRÊTS PAR MOIS DE RETARD

Signature

veuillez compléter le formulaire et le retourner via télécopieur au : (450) 293-2871 ou via courriel à : stephaniparent@dmdion.com, afin de nous permettre de compléter l'ouverture de votre dossier au sein de notre entreprise. Merci , Stéphaní Parent, Resp.