



Services Alimentaires, Papiers, Épicerie
Surgelés et Sanitaires

APPLICATION DE CRÉDIT

IDENTIFICATION

Nom du commerce: _____ Inc. Enr. Ltée
Nom légal du client: (client) _____
Adresse: _____ Ville: _____
Code postal: _____ Tél.: _____
Genre d'entreprise: _____ En affaires depuis: _____
Propriétaire de la bâtisse: _____ Tél.: _____
Nom du/des propriétaire(s) du commerce: (1) _____ (2) _____
Adresse: (1) _____ (2) _____
Ville: (1) _____ (2) _____
Téléphone: (1) _____ (2) _____
No Assurance Social: (1) _____ (2) _____
Commis aux comptes payables: _____ Tél.: _____
Termes de paiement et limite désirée: _____ Jours: _____ \$

RÉFÉRENCES BANCAIRES

Nom de l'institution financière: _____ Ouvert depuis: _____
Adresse: _____ Succursale: _____
No de compte: _____ Téléphone: _____
* Nous autorisez-vous à contacter votre institution? Oui Non

RÉFÉRENCES FOURNISSEURS (Préférentiellement dans le domaine alimentaire)

1) _____ Tél.: _____
2) _____ Tél.: _____
3) _____ Tél.: _____

Je, soussigné, déclare que tous les faits énoncés ci-dessus sont exacts à ma connaissance et autorise par la présente MULTI PLUS D.M. INC. à procéder à toute vérification et/ou obtenir toute information supplémentaire jugée pertinente.

MULTI PLUS D.M. INC. demeure propriétaire de la marchandise jusqu'à parfait paiement.

Le client s'engage à payer les frais d'administration et/ou d'intérêts de 2% par mois ou 24% par année qui pourront et/ou me seront chargés pour tout solde ou compte passé dû.

Lettres majuscules Titre Signature personne autorisée Date

GUARANTIE PERSONNELLE

Je, soussigné, accepte d'être solidairement lié avec le client pour toute obligation due par le client à MULTI PLUS D.M. INC.

Lettres majuscules Signature Date

RÉSERVÉ AU SERVICE DE CRÉDIT

Date: _____ Termes: _____
Approuvé par: _____ Limite: _____