



Cantin Distribution Inc.  
8035, Boul Pierre-Bertrand  
Québec, Qc, G2K-1B7  
Tel: (418) 622-0910, Sans Frais: (800) 361-7919, Fax: (418) 622-8542

**DEMANDE D'OUVERTURE DE COMPTE**

DATE
------

**RENSEIGNEMENTS CIVIQUES**

NOM DE LA COMPAGNIE		TÉLÉPHONE	TÉLÉCOPIEUR
ADRESSE COMMERCIALE		VILLE	CODE POSTAL
LOCATAIRE <input type="checkbox"/>	PERSONNE EN CHARGE DES COMPTES PAYABLES		TÉLÉPHONE
PROPRIÉTAIRE <input type="checkbox"/>	COURRIEL COMPTABILITÉ		
NOM DE L'ACHETEUR			TÉLÉPHONE
COURRIEL DE L'ACHETEUR			
TYPE DE COMMERCE			EN AFFAIRE DEPUIS
STATUT JURIDIQUE <input type="checkbox"/> CORPORATION <input type="checkbox"/> ASSOCIATION <input type="checkbox"/> LIMITÉE <input type="checkbox"/> ENREGISTREMENT <input type="checkbox"/> PROPRIÉTAIRE UNIQUE			ANNÉE

**RENSEIGNEMENTS FINANCIERS**

INSTITUTION FINANCIÈRE		NO DE TRANSIT	NO DE FOLIO
ADRESSE		TÉLÉPHONE	
NOM DE LA PERSONNE EN CHARGE DE VOTRE COMPTE		MARGE DE CRÉDIT DÉSIRÉE	
ACHAT MENSUEL PRÉVUS			
DÉSIREZ-VOUS RECEVOIR VOTRE FACTURE VIA: <input type="checkbox"/> COURRIEL <input type="checkbox"/> TÉLÉCOPIEUR		DÉSIREZ-VOUS RECEVOIR VOS ETATS DE COMPTE VIA: <input type="checkbox"/> COURRIEL <input type="checkbox"/> TÉLÉCOPIEUR <input type="checkbox"/>	
UN NUMÉRO DE COMMANDE EST-IL OBLIGATOIRE? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		IMPORTANT: LA PREMIÈRE COMMANDE EST SUJETTE À ÊTRE PAYABLE PAR CARTE DE CRÉDIT.	

**RÉFÉRENCES**

RÉFÉRENCES		
NOM ET ADRESSE	TÉLÉPHONE	TÉLÉCOPIEUR
NOM ET ADRESSE	TÉLÉPHONE	TÉLÉCOPIEUR
NOM ET ADRESSE	TÉLÉPHONE	TÉLÉCOPIEUR

Le client s'engage à payer à Cantin Distribution, toute somme due apparaissant sur l'état de compte qu'il reçoit selon le terme de paiement octroyé. Je dégage Cantin Distribution et ses employés de toute responsabilité relativement à ces renseignements. Nous soussignés, certifions que les informations ci-haut mentionnées sont véridiques et sollicitons l'ouverture d'un compte chez Cantin Distribution inc. Nous autorisons Cantin Distribution inc à obtenir des renseignements sur notre crédit.

FAIT À \_\_\_\_\_ PROVINCE DE: \_\_\_\_\_

CE \_\_\_\_\_ CLIENT: \_\_\_\_\_  
SIGNATURE DE LA PERSONNE AUTORISÉE

\_\_\_\_\_  
NOM EN CARACTÈRE D'IMPRIMERIE

AUTORISÉ LE: \_\_\_\_\_ REPRÉSENTANT \_\_\_\_\_