



ENTENTE D'AFFAIRES

NOM LÉGAL: _____
 Site web : http://www : _____

<p><u>Vendu à :</u></p> <p>NOM: _____</p> <p>ADRESSE: _____</p> <p>ADRESSE: _____</p> <p>VILLE: _____ Prov/État: _____</p> <p>PAYS: _____ Code Postal /Zip : _____</p> <p>Tél.# () _____ Fax #:() _____</p>	<p><u>Livré à :</u></p> <p>NOM: _____</p> <p>ADRESSE: _____</p> <p>ADRESSE: _____</p> <p>VILLE: _____ Prov/État: _____</p> <p>PAYS: _____ Code Postal /Zip : _____</p> <p>Tél.# () _____ Fax #:() _____</p>
--	--

ANNÉES EN AFFAIRES: _____ NUMÉRO DE TAXE: _____
 ESTIMÉ D'ACHATS ANNUELS: \$ _____

<p>NOM DE L'ACHETEUR: _____</p> <p>ADRESSE COURRIEL: _____</p> <p>TÉL # : () _____ Fax # : () _____</p>	<p>NOM DU CONTROLEUR: _____</p> <p>ADRESSE COURRIEL: _____</p> <p>TÉL # : () _____ Fax # : () _____</p>
---	---

<p><u>COMPTES À PAYER</u></p> <p>CONTACT: _____</p> <p>ADRESSE COURRIEL : _____</p> <p>TÉL # : () _____ Fax # : () _____</p>	<p><u>Transactions EED</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>CONTACT: _____</p> <p>ADRESSE COURRIEL : _____</p> <p>TÉL # : () _____ Fax # : () _____</p>
---	--

TYPE DE COMMERCE

GROSSISTE SERVICES ALIMENTAIRES DISTRIBUTEUR IMPORTATEUR

COMMENTAIRES: _____

MEMBRE D'UN GROUPE D'ACHAT: OUI NON LEQUEL: _____

ACTIONNAIRES

<p>NOM: _____</p> <p>ADRESSE: _____</p> <p>PROV./ÉTAT _____ Code Postal / ZIP: _____</p> <p>PAYS : _____</p>	<p>TITRE: _____</p> <p>VILLE: _____</p> <p>TÉL # : () _____</p>
<p>NOM: _____</p> <p>ADRESSE: _____</p> <p>PROV./ÉTAT _____ Code Postal / ZIP: _____</p> <p>PAYS : _____</p>	<p>TITRE: _____</p> <p>VILLE: _____</p> <p>TÉL # : () _____</p>

PROPRIÉTAIRE DE VOTRE BÂTISSSE:

<p>NOM: _____</p> <p>ADRESSE: _____</p> <p>PROV./ÉTAT _____ Code Postal / ZIP: _____</p> <p>PAYS : _____</p>	<p>TITRE: _____</p> <p>VILLE: _____</p> <p>TÉL # : () _____</p>
--	--

REFERENCES

BANQUE: _____ #DE COMPTE:
ADRESSE : _____
VILLE: _____
PROV. / ÉTAT: _____ DIRECTEUR: _____
PAYS: _____ TÉLÉPHONE : () _____

FOURNISSEURS

NOM: _____
ADRESSE: _____ CONTACT: _____
VILLE: _____ TÉLÉPHONE: _____
PROV. / ÉTAT: _____ PAYS: _____

NOM: _____
ADRESSE: _____ CONTACT: _____
VILLE: _____ TÉLÉPHONE: _____
PROV. / ÉTAT: _____ PAYS: _____

NOM: _____
ADRESSE: _____ CONTACT: _____
VILLE: _____ TÉLÉPHONE: _____
PROV. / ÉTAT: _____ PAYS: _____

ENTENTE D'AFFAIRES

MODALITÉS DE CRÉDIT: virement bancaire avant la livraison

Je, soussigné, représentant dûment autorisé de notre société, autorise par la présente A. LASSONDE INC., ses divisions, entités liées et mandataires autorisés à rassembler toute l'information pertinente (auprès des banques, fournisseurs et/ou d'autres sources d'information) concernant notre crédit et notre solvabilité pour l'ouverture d'un compte et le maintien de celui-ci et autorise également A.LASSONDE INC. à maintenir cette information dans un dossier pendant la durée de notre relation d'affaires.

Je m'engage à informer promptement A. LASSONDE INC., ses divisions et entités liées, de tout changement d'actionariat ou de toute vente d'une partie importante des actifs de notre société.

DATE: _____ COMPAGNIE / SOCIÉTÉ

Signature de la personne autorisée Titre Nom en lettres moulées

Signature du représentant de A.Lassonde Nom en lettres moulées

USAGE INTERNE SEULEMENT:

Numéro de client BPCS APPROUVÉ PAR: _____
LIMITE DE CRÉDIT: _____