

Nom/Adresse

Application de Crédit

Nom de la compagnie:		
Adresse:		
Ville:	Prov.:	Code Postal:
Téléphone: Télécopieur:		

Informations sur la Compagnie

Genre d'entreprise:	En fonction depuis:
Forme légal sous lequel l'entreprise opère:	
Corporation <input type="checkbox"/>	Partenariat <input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/>
Si Division/Subsidaire, Nom de la compagnie parente:	En fonction depuis:
Nom du principal responsable pour les transactions comptabilité:	Titre
Adresse: Ville:	Prov.: Code Postal: :
Téléphone: Télécopieur :	

Références Bancaires

Nom de l'institution :	Nom de l'institution :	Nom de l'institution :
No. de compte cheque :	No. de compte épargne :	
Adresse:	Adresse:	Adresse:
Téléphone:	Téléphone:	Téléphone:

Références de Fournisseurs

Nom de la compagnie :	Nom de la compagnie :	Nom de la compagnie :
Contact :	Contact :	Contact :
Adresse:	Adresse:	Adresse:
Téléphone:	Téléphone:	Téléphone:
Télécopieur :	Télécopieur :	Télécopieur :

Toutes nos factures sont payables dans les quinze (15) jours suivant la date de facturation. Il est entendu et accepté que DT Transport ajoutera de l'intérêt sur tous les comptes âgés de quinze (15) jours de la date de facturation composé mensuellement au taux de 2% (26.88% annuellement). Ce taux est sujet à changement sans préavis.

Chacun des soussignés certifie que les informations ci-haut mentionnées sont véridiques. Chacun des soussignés autorise DT Transport à se procurer en tout temps, par les méthodes usuelles, des renseignements sur son crédit, et à les divulguer à tout prêteur ou bureau de crédit ou à toute personne avec qui il entretient ou se propose d'entretenir des relations d'affaires.

RETOURNER PAR FAX À L'ATTENTION DE DAVE THIVIERGE AU 450-598-6050

Signature : _____

Date : _____