



RETOURNER À :
agagnon@transcol.ca

TÉL. : 418 695-4181 TÉLÉC. : 418 695-5581 SANS FRAIS : 1 800 539-4181 WWW.TRANSCOL.CA

DEMANDE D'OUVERTURE DE COMPTE

NOM LÉGAL DE L'ENTREPRISE : _____

RAISON SOCIALE : _____

ADRESSE : _____ VILLE : _____ PROVINCE : _____

CODE POSTAL : _____ SITE INTERNET : _____

TÉLÉPHONE : (____) _____ TÉLÉCOPIEUR : (____) _____

NOM DES PROPRIÉTAIRES : _____

PERSONNE RESPONSABLE DES COMPTES : _____

ADRESSE COURRIEL : _____

INSTIT. BANCAIRE : _____ TÉLÉPHONE : _____

SUCCURSALE : _____ PERSONNE CONTACT : _____

No COMPTE : _____ TRANSIT : _____

FOURNISSEURS : 1- NOM : _____ TÉLÉPHONE : _____

ADRESSE : _____

2- NOM : _____ TÉLÉPHONE : _____

ADRESSE : _____

3- NOM : _____ TÉLÉPHONE : _____

ADRESSE : _____

MARGE DEMANDÉE : _____ \$ TRANSPORTS PRÉVUS : _____ DATE DU PREMIER TRANSPORT : _____
(MENSUELLEMENT)

- Adresse courriel pour l'envoi de **Factures**: _____

- Adresse courriel pour l'envoi des **États de comptes**: _____

A noter que le 1^{er} paiement devra se faire par carte de crédit. Nos conditions de paiement sont payables net 30 jours. Les comptes passés dus portent intérêts à 2% par mois (24 % par an). ***** J'accepte les conditions de paiement _____ *****

initiales

J'autorise le créancier à faire enquête sur la compagnie que je représente et obtenir toute information que le créancier jugera pertinente. La présente constitue également une autorisation à communiquer à des tiers et utiliser ces informations, à toutes fins, que le créancier jugera utiles, et j'autorise également tous tiers concernés à fournir au créancier l'information que ce dernier demandera et jugera pertinente à demander.

Et je déclare que les renseignements ci-haut mentionnés sont véridiques.

Et j'ai signé à _____ ce _____ ième jour de _____ 20____.

SIGNATURE : _____ NOM EN LETTRES MOULÉES : _____

Commentaires : _____