



# DISTRIBUTION COMPOSITES

Matériaux modernes, service d'autrefois

www.distributioncomposites.com

CP 55004 Repentigny,  
Place Cherrier, Repentigny, PQ J6A 8K6

## DEMANDE CONFIDENTIELLE DE CRÉDIT

VEUILLEZ REMPLIR, IMPRIMER, SIGNER, NUMÉRISER ET ENVOYER PAR COURRIEL À

info@distributioncomposites.com

### 1 COMPAGNIE

NOM DE COMPAGNIE	<input type="text"/>	TÉL BUREAU	<input type="text"/>
ADRESSE	<input type="text"/>	TÉL CELL.	<input type="text"/>
VILLE	<input type="text"/>	PROVINCE	<input type="text"/>
		CODE POSTAL	<input type="text"/>
LIVRAISON <input type="checkbox"/> MÊME QU'ADRESSE PRINCIPALE		ÉTABLI DEPUIS	
ADRESSE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
VILLE	<input type="text"/>	MOIS	JOUR
			ANNÉE
FACTURATION <input type="checkbox"/> MÊME QU'ADRESSE PRINCIPALE		No TAXE DE VENTE PROVINCIALE	
ADRESSE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
VILLE	<input type="text"/>	No TAXE DE VENTE FÉDÉRALE	
		<input type="text"/>	
TYPE D'ENTREPRISE		NATURE DE L'ENTREPRISE	
<input type="checkbox"/> INDIVIDUELLE	<input type="checkbox"/> SOCIÉTÉ EN NOM COLLECTIF	<input type="checkbox"/> COMPAGNIE	<input type="text"/>
DIVISION DE / AFFILIÉ À		ÉTATS FINANCIERS CI-JOINTS?	
COMPAGNIE	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
ADRESSE	<input type="text"/>	SERONT ENVOYÉS	
VILLE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		MOIS	JOUR
			ANNÉE
ADMINISTRATEUR(S)		POSTE OU TITRE	
NOM	<input type="text"/>	ADRESSE	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>

### 2 FOURNISSEURS SVP EN NOMMER 4

NOM DE COMPAGNIE	<input type="text"/>	TÉL	<input type="text"/>	FAX	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	

### 3 BANQUE

NOM	<input type="text"/>	SUCCURSALE	<input type="text"/>	TÉL	<input type="text"/>
BANQUE PRÉCÉDENTE (SI UN AN OU MOINS)	<input type="text"/>	SUCCURSALE	<input type="text"/>	No COMPTE ACTUEL	<input type="text"/>

### 4 SIGNATURE

NB: Les numéros de taxes doivent être accompagner la commande, sinon les taxes de ventes seront facturées.  
Le soussigné accepte par la présente que Distribution Composites Inc. mène ou fasse mener une enquête de crédit sur le demandeur.  
Le ou les administrateurs seront conjointement et solidairement responsables de toute dette encourue avec Distribution Composites Inc.

DATE \_\_\_\_\_ SIGNATURE AUTORISÉE \_\_\_\_\_

### 5 À L'USAGE DU VENDEUR SEULEMENT

VENTES MENSUELLES PRÉVUES	DATE PRÉVUE DE LA PREMIÈRE COMMANDE
DE \$ <input type="text"/>	<input type="text"/>
À \$ <input type="text"/>	<input type="text"/>
	MOIS
	JOUR
	ANNÉE
COMMENTAIRES	APPROBATION DU DIRECTEUR DES VENTES
<input type="text"/>	<input type="text"/>