



INK QUEST/JCMD DEMANDE DE CREDIT

| PERSONNE RESOURCE | |
|--|--------------|
| NOM | POSTE OCCUPÉ |
| TÉLÉPHONE | COURRIEL |
| INFORMATION SUR L'ENTREPRISE | |
| NOM DE L'ENTREPRISE | |
| ADRESSE | TÉLÉPHONE |
| VILLE PROVINCE | CODE POSTAL |
| Nombre d'année à cette adresse: Année _____ Mois _____ | |
| Genre d'entreprise : PROPRIÉTAIRE UNIQUE EN PARTENARIAT CORPORTATION AUTRE | |

| RENSEIGNEMENT BANCAIRE | |
|-------------------------------|-------------------|
| NOM DE L'INSTITUTION BANCAIRE | PERSONNE RESOURCE |
| ADRESSE | TÉLÉPHONE |
| VILLE | CODE POSTAL |
| GENRE DE COMPTE | NUMÉRO DE COMPTE |
| ÉPARGNE | |
| CHÈQUE | |
| AUTRE | |

| RÉFÉRENCES | |
|--|-------------------|
| Veillez nous fournir trois entreprises avec lesquels votre compagnie a établie une marge de crédit récemment. | |
| 1 COMPAGNIE | PERSONNE RESOURCE |
| TÉLÉPHONE | COURRIEL |
| ADRESSE | OCCUPATION |
| VILLE | CODE POSTAL |
| COMMENTAIRE: | |

| | |
|---------------|-------------------|
| 2 COMPAGNIE | PERSONNE RESOURCE |
| TÉLÉPHONE | COURRIEL |
| ADRESSE | OCCUPATION |
| VILLE | CODE POSTAL |
| COMMENTAIRE: | |



INK QUEST/JCMD DEMANDE DE CREDIT

| RÉFÉRENCES | | |
|---------------|----------|-------------------|
| 3 COMPAGNIE | | PERSONNE RESOURCE |
| TÉLÉPHONE | | COURRIEL |
| ADRESSE | | OCCUPATION |
| VILLE | PROVINCE | CODE POSTAL |
| COMMENTAIRE: | | |

| ACCORD DE CRÉDIT |
|---|
| <p>Ci-après dénommer le client de l'entreprise fait, une demande de crédit pour la fourniture de biens, de services et de matériaux, je / nous étant propriétaire (s) / principal (s) de l'entreprise cliente reconnais que je / nous suis / sommes Co- client (s) / Co- acheteur (s) et sera personnellement responsable conjointement et solidairement avec l'entreprise pour toutes et tous les débits encourus à la suite de cette demande. La facture ou le travail ordonnance est rendue exclusivement dans le nom de l'entreprise cliente. Je / Nous convenons en outre de payer votre compte dans les termes de paiement net de 30 jours suivant la date d'achat , à payer 2 % de frais d'intérêt et les frais de service par mois (24 % par an) sur les comptes en souffrance et je / nous assurons l'entière responsabilité de toute les frais engagés , y compris les frais juridiques ou de la collection du compte . Je / Nous comprends et consens à vous obtenir un rapport d'accréditation du personnel autorisé.</p> <p>Signé à _____ dans la province de _____, ce jour de _____ 20__</p> |

| REPRÉSENTANT DE L'ENTREPRISE | |
|------------------------------|-------|
| 1 SIGNATURE | TITRE |
| NOM | DATE |

| | |
|---------------|-------|
| 2 SIGNATURE | TITRE |
| NOM | DATE |

| NOTES & COMMENTAIRES | | | | | |
|----------------------|--|--|--|--|--|
| | | | | | |

| | | | | | |
|------------------|--------|----------------|----------------|------|----------------|
| Edmonton, AB | Phone: | 1 800 661 9855 | (780) 454-4321 | Fax: | (780) 452-5405 |
| Richmond, BC | Phone: | 1 800 661 9855 | (604) 273-1013 | Fax: | (604) 273-1593 |
| St. Eustache, QC | Phone: | 1 877 275 5263 | (450) 491-5050 | Fax: | (450) 472-0678 |