



1 Union Street, Elmira, ON N3B 3J9
Tel: (519) 669-1531 | Toll Free : (800) 265-6398
Fax: (877) 806-3648

NOUVELLE DEMANDE DE COMPTE

Catégorie de magasin: _____ Numero de catégorie: _____

Facturation:

Nom de la compagnie: _____ tél: _____

Adresse: _____ téléc: _____

Ville: _____ Prov: _____ C.P. _____

S'il vous plaît fournir l'adresse e-mail pour le courrier électronique de facturation*

*ensemble de la facturation se fera par courriel (une adresse e-mail uniquement)

Livraison: (si différente de ci-dessus)

Nom de la compagnie: _____ tél: _____

Adresse: _____ téléc: _____

Ville: _____ Prov: _____ C.P. _____

Personne à contacter

Propriétaire unique (___) Partenariat (___) Corp. (___) Plusieurs magasins ou franchises?

(___)oui (___)non

Si oui, nbre. de magasins? _____ En affaire depuis (mois ____/ans ____)

Nom du ou des propriétaires _____ tél: _____

Adresse personnelle _____

Je désire payer la facture par Visa/ MasterCard au moment de la livraison.

No de la carte # _____ Date d'expiration: ____/____

Nom sur la carte: _____ Signature _____

Une copie de Visa/MC vous sera postée avec la facture. **Accune référence requise si vous choisissez ce mode de paiement.**

Références

Référence 1

Référence 2

Référence 3

Nom: _____

Téléc: _____

Adresse e-mail _____

Banque _____ Tél: _____ Téléc.: _____

Adresse _____ # de la succursale bancaire _____

Le (la) sous-signé (e) a lu et compris les information ci-dessus et donne l'autorisation à Edenborough Ltd. de vérifier, partager et échanger les inforamations de crédit.

Signature _____ Position _____