

SALES REP: _____

BUSINESS INFORMATION

Company's Legal Name: _____

Phone: _____ Fax: _____ Website: _____

Bill To Address: _____

City: _____ Province: _____ Postal Code: _____

Default Shipping Address (if different from above): _____

City: _____ Province: _____ Postal Code: _____

Date Business Commenced: _____

Sole Proprietorship Partnership Corporation

Nature of Business: _____

HST Number: _____

ACCOUNTING & CREDIT INFORMATION

Accounts Payable Contact: _____ P.O. Required Yes No

Phone: _____ Fax: _____ Email: _____

Invoices will be faxed or emailed to you. Please select your preference:

Fax: _____ Email: _____ Account Statements: Yes No

Bank Name: _____

Bank Address: _____ Phone: _____

Account No. _____ Account Manager: _____

Amount of Credit Requested: \$ _____

BUSINESS/TRADE REFERENCES (Do not include secured creditors or office supply companies)

Company Name: _____

Address: _____

Phone: _____ Fax: _____ Email: _____

Company Name: _____

Address: _____

Phone: _____ Fax: _____ Email: _____

Company Name: _____

Address: _____

Phone: _____ Fax: _____ Email: _____

TERMS: Our Terms of Payment are net 30 Days.

The undersigned certifies the above to be true and affirms that any credit given to us is extended upon the basis of such information. The undersigned consents to the obtaining of credit and/or personal information as may be required at any time in connection with the credit hereby applied for or any removal or extension thereof and to the disclosure of any credit information concerning the undersigned to any credit reporting agency or to any person with whom the undersigned has or proposes to have financial relations. Title of goods shall remain with SDI Supplies until account is paid in full.

Date: / /
 DD MM YY

Authorized Signature: _____

Title: _____ Printed Name: _____

Demande de crédit

REPRÉSENTANT DES VENTES: _____

INFORMATIONS D’AFFAIRES

Le nom légal de la compagnie: _____

Téléphone: _____ Télécopieur: _____ site web: _____

adresse de Facuration: _____

Ville: _____ Province: _____ Code Postal: _____

l’adrese du destinataire _____

Ville: _____ Province: _____ Code Postal: _____

Date de entreprise a commencé: _____

Entreprise Partenariat ou compagnie commerciale

Nature de l’entreprise: _____

Nombre de HST: _____

LA COMPTABILITÉ ET L’INFORMATION DE CRÉDIT

Nom de contact pour des Comptes à payer: _____ Ordre d’achat requis Oui Non

Téléphone: _____ Télécopieur: _____ Courriel: _____

Les factures seront télécopieur ou par courriel pour vous. S’il vous plaît sélectionnez votre préférence:

Télécopieur: _____ Courriel: _____ Relevé de compte: Oui Non

Nom de banque: _____

Adresse de la banque: _____ Téléphone: _____

Numéro de compte _____ Gestionnaire de compte: _____

Montant du crédit demandé: \$ _____

RÉFÉRENCES COMMERCIALES DE L’ENTREPRISE (Ne pas inclure les créanciers garantis ou les entreprises de fournitures de bureau)

Nom de l’entreprise: _____

Adresse: _____

Téléphone: _____ Télécopieur: _____ Courriel: _____

Nom de l’entreprise: _____

Adresse: _____

Téléphone: _____ Télécopieur: _____ Courriel: _____

Nom de l’entreprise: _____

Adresse: _____

Téléphone: _____ Télécopieur: _____ Courriel: _____

TERMES: Nos conditions de paiement sont net 30 jours.

Le soussigné certifie ce qui précède pour être vrai et affirme que tout crédit qui nous est donnée est prolongé sur la base de ces informations. Le soussigné consent obtenir du crédit et/ou des informations personnelles qui peuvent être nécessaires a tout moment dans le cadre du crédit par la présente demandée, ou de tout retrait ou l’extension de celui-ci et à la divulgation de toute information de crédit concernant les soussignés à une agence d’évaluation du crédit ou à toute personne avec qui le soussigné a ou se propose d’avoir des relations financières. Titre de marchandises restera avec SDI Supplies compte jusqu’au paiement complet.

Date: ____ / ____ / ____
DD MM YY

Signature autorisée: _____

Titre: _____ Nom imprimé: _____