



Aliments Tousain Inc
95 rue Stinson
Montréal, QC
H4N 2E1

Ouverture de compte/Application de crédit

IDENTIFICATION

NOM

ADRESSE

VILLE

PROVINCE

CODE POSTAL

TÉLÉPHONE

FAX

COURRIEL

RENSEIGNEMENTS FINANCIERS

BANQUE (NOM)

ADRESSE

TÉLÉPHONE

FAX

PERSONNE RESSOURCE

NUMÉRO DE COMPTE

FOURNISSEURS

FOURNISSEUR (NOM)

ADRESSE

TÉLÉPHONE

FAX

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

ADRESSE DE LIVRAISON

TÉLÉPHONE

NOM DU PROPRIÉTAIRE

NUMÉRO DE CELLULAIRE DU PROPRIÉTAIRE

RESPONSABLE DES COMPTES PAYABLES

TÉLÉPHONE

POSTE

ACHETEUR AUTORISÉ

TÉLÉPHONE

POSTE

MARGE DE CRÉDIT SOUHAITÉE \$

NUMÉRO DE PERMIS D'ALCOOL

VENDEUR

J'autorise Aliments Tousain Inc. à faire une vérification de crédit sur ma compagnie.

NOM

TITRE

SIGNATURE

DATE

Veuillez transmettre le formulaire dûment rempli et signé à : Fax 514-747-7483 ou Courriel credit@tousain.com