

NOM DU CLIENT / COMPAGNIE			
ADRESSE DE FACTURATION			
VILLE		PROV	CODE POSTAL
ADRESSE DE LIVRAISON (SI DIFFÉRENTE DE CI-HAUT)			
VILLE		PROV	CODE POSTAL
CONTACT Tél.: _____ Téléc: _____ Courriel _____ Site Web _____			
CORPORATION <input type="checkbox"/> SOCIÉTÉ <input type="checkbox"/> ENTREPRISE INDIVIDUELLE <input type="checkbox"/> À BUT NON LUCRATIF <input type="checkbox"/>			
TYPE D'ENTREPRISE			NB D'ANNÉES EN AFFAIRES
INFORMATIONS SUR LES DIRIGEANTS (SI ENTREPRISE INDIVIDUELLE)			
1. NOM ADRESSE		TÉL: (____) _____ TÉLÉC:(____) _____	TITRE
2. NOM ADRESSE		TÉL: (____) _____ TÉLÉC:(____) _____	TITRE
3. NOM ADRESSE		TÉL: (____) _____ TÉLÉC:(____) _____	TITRE
B/C (P/O) REQUIS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		ÉTAT DE COMPTE REQUIS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
		Exemption TVQ/TPS No. certificat _____ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> (joindre une copie)	
RÉFÉRENCES BANCAIRES			
BANQUE (ENTREPRISE) _____ ADRESSE _____		NUMÉRO DE COMPTE	
BANQUE (PERSONNEL) _____ ADRESSE _____		NUMÉRO DE COMPTE	
RÉFÉRENCES COMMERCIALES/FOURNISSEURS			
1. NOM ADRESSE		TÉL: (____) _____	TÉLÉC:(____) _____
2. NOM ADRESSE		TÉL: (____) _____	TÉLÉC:(____) _____
3. NOM ADRESSE		TÉL: (____) _____	TÉLÉC:(____) _____

Liste des personnes autorisées à placer des achats chez Générík solutions d'impression:
