

FORMULAIRE DE DEMANDE DE CRÉDIT

Veuillez compléter ce formulaire et le retourner par télécopieur au: 800 463 3659. Autant que possible, vous recevrez une réponse par télécopieur, après un jour ouvrable. Si vous avez des questions, communiquez avec nous au: 800 665 3327

ADRESSE DE LA FACTURATION

Nom de l'entreprise:

Adresse postale:

Ville:

Province:

Code postal:

Téléphone:

Adresse courriel:

Télécopieur:

ADRESSE DE RÉCEPTION DES MARCHANDISES

Nom de l'entreprise:

Adresse:

Ville:

Province:

Code postal:

Téléphone:

Personne responsable :

Télécopieur:

STATUT DE L'ENTREPRISE

Entreprise Individuelle

Partenariat

Société

Autre

Ergo/Physiothérapeute licencié ?

No.

Province:

GENRE D'ENTREPRISE

P & O

DEM

Entrepreneur

École

Institution Médicale

Autre:

SI, P&O EST SÉLECTIONNÉ, VEUILLEZ COMPLÉTER LES DEUX RANGÉS SUIVANTES:

Nom & License du praticien CBCPO:

Qualifié pour Myo.

Qualifié pour C-Leg

Qualifié pour Harmony

PROPRIÉTAIRES

Noms:

No. d'assurance sociale (Si autre qu'une Société):

Nombre d'années en affaire:

COMPTES PAYABLES

Personne responsable:

Titre:

Téléphone:

INFORMATION BANCAIRE

Nom de l'institution financière:

Adresse:

No. Du compte :

Représentant:

Téléphone:

RÉFÉRENCE DE CRÉDIT

Nom:

Nom:

Adresse:

Adresse:

Téléphone:

Téléphone:

Télécopieur:

Télécopieur:

No. de Compte:

No. de Compte:

VOTRE SIGNATURE: