

ALTERNATIF LOCATION D'OUTILS INC.

894 LA SALETTE, SAINT-JÉRÔME, J5L 2J3

TÉL.450-438-0288 Montréal : 514-461-2100

DEMANDE D'OUVERTURE DE COMPTE

Nom de Votre Compagnie : _____

Adresse : _____

Ville/ Province : _____ Code Postal : _____

Fax. : _____ Tél: _____ Cel. : _____

Courriel : _____ Date de fondation : _____

Nom Du Propriétaire ou Président : _____

Adresse Résidentielle : _____

No. Permis de conduire : _____ N.A.Social : _____

Banque Pour Le Compte Commercial, Nom : _____

Adresse : _____ Tél. : _____

de compte : _____ Folio : _____

Banque Pour Le Compte Personnel, Nom : _____

Adresse : _____ Tél. : _____

de compte : _____ Folio : _____

Trois Fournisseurs Actuels :

Noms	Adresses	Téléphones
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

J'autorise les personnes suivantes à passer des commandes téléphoniques, à louer, ou à acheter sur notre compte, nous assumons la responsabilité des commandes.

Nom	Téléphone	Nom	Téléphone	Nom	Téléphone
Bon de commande requis; _____	_____	Écrit ; _____	_____	Verbal ; _____	_____
	Oui ; Non	Oui ; Non	Oui ; Non	Oui ; Non	

Nos termes sont payables sans frais jusqu'au 15 du mois suivant et les frais de 24 % l'an soit 2 % par mois seront ajoutés sur tout compte échu.

Je suis autorisé à solliciter l'ouverture du compte et je me rends personnellement, solidairement et conjointement responsable de ce compte jusqu'au paiement final et complet. J'autorise Alternatif Location d'outils Inc. ou sa Firme de Crédit à se procurer tous les renseignements financiers et autres références (commercial ou personnel) qu'il jugera nécessaire et toute personne est autorisée, par la présente à lui fournir ces renseignements. Tous les frais de recouvrement sont à la charge du client.

Signé à : _____ Date : _____

Signature : _____ Titre : _____

Nom en Lettres Carrées : _____

Veillez nous faire parvenir la copie originale dûment remplie et signée
pour pouvoir procéder à votre demande.