

DEMANDE DE CRÉDIT

Nom de la compagnie :

Adresse:

Ville: _____ Province: _____ Pays: _____ Code Postal: _____

Montant de crédit demandé: _____

CONTACT PRINCIPAL:

Téléphone: () _____ Fax: () _____ Courriel: _____

CONTACT DE COMPTES PAYABLES:

Téléphone: () _____ Fax: () _____ Courriel: _____

ACTIONNAIRES:

Nom: _____ Titre: _____ %: _____

Nom: _____ Titre: _____ %: _____

Nom: _____ Titre: _____ %: _____

Nom: _____ Titre: _____ %: _____

Existe depuis: _____ Contrôle administratif présent: _____

GENRE D'ENTREPRISE:

AUTRES ADRESSES DE SUCCURSALES:

COMPAGNIES AFFILIÉES:

INSTITUTION FINANCIÈRE:

(1) BANQUE

Adresse:

Ville: _____ Province: _____ Pays: _____ Code Postal: _____

Téléphone: ()- _____ Fax: ()- _____ Contact: _____

de compte: _____

(2) BANQUE _____

Adresse: _____

Ville: _____ Province: _____ Pays: _____ Code Postal: _____

Téléphone: ()- _____ Fax: ()- _____ Contact: _____

de compte: _____

RÉFÉRENCES COMMERCIALES (2 minimum requis):

Nom: _____ Ville: _____ Tél: _____ Contact : _____ Courriel: _____

Nom: _____ Ville: _____ Tél: _____ Contact : _____ Courriel: _____

Nom: _____ Ville: _____ Tél: _____ Contact : _____ Courriel: _____

Nom: _____ Ville: _____ Tél: _____ Contact : _____ Courriel: _____

Employés Temp Plein: _____ Temp Partiel: _____

Locaux : Propriétaire _____ Location: _____ Surface (pieds carrés): _____ Fin de l'année fiscale: _____

Le demandeur autorise **TRIPAR/CREDITFAX** de vérifier toutes les informations données dans cette demande de crédit et de communiquer lesdits résultats, afin d'établir une marge de crédit autorisée. L'acheteur soussigné comprend que **TRIPAR/CREDITFAX** peut également utiliser d'autres sources de crédit qu'elle juge nécessaires pour prendre la décision. En outre, l'acheteur soussigné autorise la banque et les références commerciales énumérées ci-dessus à libérer les informations nécessaires à **TRIPAR/CREDITFAX et / ou autres agences 3^{ème} partie** les rapports aidant à établir la marge de crédit.

Nom du président/ Signataire autorisé: _____**Signature:** _____ **Titre:** _____

S'il vous plaît envoyer par courriel le formulaire rempli à Anny De Leto à accounting@triparinc.com. Si le formulaire est entièrement rempli la vérification de crédit peut être faite en aussi peu que 3 jours ouvrables. Si non, s'il vous plaît noter qu'un minimum de 2 jours supplémentaires de traitement pourra être ajouté.