



1695 Niagara Stone Road, R.R. #2,
Niagara-on-the-Lake (ON) L0S 1J0
Tél. : 905-468-3217 Téléc. : 905-468-7271



390 York St
Strathroy (ON) N7G 2E5
Tél. : 519-245-4430 Téléc. : 519-245-2804

DEMANDE DE CRÉDIT

Date _____

Renseignements commerciaux

Nom commercial : _____

Raison sociale : _____

Adresse du siège social : _____

Adresse postale (no de RR ou de C.P.) : _____

Ville : _____ Prov. / État : _____ Code postal / de zone : _____

N° de téléphone : _____ N° de télécopieur : _____

N° de cellulaire : _____ Adresse électronique : _____

Site Web : _____

Nom du propriétaire / de l'associé ou du directeur général : _____ Titre : _____

Nom de la personne-ressource (achats) : _____ N° de tél. : _____ Poste : _____

Nom de la pers.-ress. (comptes fournisseurs) : _____ N° de tél. : _____ Poste : _____

Classification du client

- Jardinerie Producteur-grossiste Paysagiste Pépinière Autre
- Producteur d'arbres fruitiers Membre d'un groupement d'achat (veuillez préciser) : _____

Renseignements relatifs à l'expédition

Identique à ci-dessus OU veuillez énoncer tous les lieux de livraison ainsi que toute directive spéciale de livraison.

1. Lieu : n° _____ nom de la rue : _____ Ville : _____

Prov. / État : _____ Code postal / de zone : _____ Tél. : _____ Téléc. : _____

Directives de livraison : _____

2. Lieu : n° _____ nom de la rue : _____ Ville : _____

Prov. / État : _____ Code postal / de zone : _____ Tél. : _____ Téléc. : _____

Directives de livraison : _____

ENTREPRISE

| | |
|--|--|
| Année du début des activités commerciales | Installations : <input type="checkbox"/> propriétaire <input type="checkbox"/> locataire |
| Estimation des commandes mensuelles _____ \$ | |

CODES FISCAUX

| |
|--|
| Canada |
| N ^{os} d'enregistrement de la TPS ou de la TVH : |
| États-Unis |
| N ^o d'identification de taxe fédérale : _ _ _ - _ _ _ _ _ _ _ _ |

RENSEIGNEMENTS BANCAIRES

| | |
|-----------------------------|---|
| Nom de la banque | |
| Adresse de la succursale | |
| N ^o de compte | Limite de la ligne de crédit : _____ \$ |
| Nom du directeur de comptes | |
| N ^o de téléphone | N ^o de télécopieur |

RÉFÉRENCES DE CRÉDIT
 (inclure au moins deux pépinières importantes)

| | | |
|-----|-------|--------------------------|
| Nom | Ville | N ^o de téléc. |
| Nom | Ville | N ^o de téléc. |
| Nom | Ville | N ^o de téléc. |
| Nom | Ville | N ^o de téléc. |

À usage interne seulement

| | | |
|--|-----------------------------------|---------------------------------------|
| N ^o de client (facturation) | Limite de crédit : \$ | Retenue – (encerclez) O ou N |
| Frais financiers – O | Ristourne au volume - % | Rabais de catégorie – 0 % |
| Facture exigible net – 30 jours | Facture exigible le – 0 | La date-limite est – 0 |
| Jours visés par la ristourne – 15 | Ristourne – 2 % | Code fiscal |
| Code fiscal des É.-U. | Clé de tri - | N ^o de client (expédition) |

REPRÉSENTANT COMMERCIAL

| | |
|---|----------------------------|
| Nom du représentant commercial | Recommandé par : |
| Type de vente : <input type="checkbox"/> ordinaire <input type="checkbox"/> hors commission <input type="checkbox"/> compte É.-U. | Code du territoire |
| Approuvé par : | Information vérifiée par : |

À L'INTENTION DES SOCIÉTÉS

Copie de la charte jointe oui non

Dénomination sociale complète telle que mentionnée dans la charte

| Noms des administrateurs | Poste détenu, p. ex. président, trésorier, etc. |
|--------------------------|---|
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |

À L'INTENTION DES SOCIÉTÉS DE PERSONNES

| Nom de l'associé | Date de naissance JJ/MM/AAAA | NAS ou n° de sécurité sociale |
|------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

****Remplissez cette section à l'intention des parties mentionnées ci-haut sous Sociétés ou Sociétés de personnes.

| Adresse domiciliaire | Code postal / de zone | Téléphone à domicile |
|----------------------|-----------------------|----------------------|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |

À L'INTENTION DES ENTREPRISES INDIVIDUELLES

| | |
|-------------------------------|--|
| Nom complet du propriétaire | |
| Adresse domiciliaire | |
| Date de naissance | |
| NAS ou no de sécurité sociale | |

CONSENTEMENT

Le(s) demandeur(s) autorise(nt) les fournisseurs et la banque à nous fournir des renseignements sur le crédit et de nature financière et il(s) reconnaît(aissent) que nous sommes en droit d'obtenir, auprès d'une agence d'évaluation du crédit, tout rapport ayant trait à leurs activités commerciales et de consommation selon ce qui serait exigé de temps à autre. Le(s) demandeur(s) nous autorise(nt) aussi à obtenir, selon ce qui sera jugé nécessaire, tout renseignement sur le crédit personnel. Le soussigné atteste que les renseignements fournis ci-dessus sont complets et véridiques et il reconnaît que ces renseignements seront utilisés afin d'établir la solvabilité du(des) demandeur(s). Si le crédit demandé est accordé, le(s) demandeur(s) accepte(nt) de se conformer aux modalités et conditions évoquées dans nos Listes de commerce de gros.

Signature : _____

Date : _____

Signature : _____

Date : _____