



DÉPARTEMENT DE CRÉDIT
TÉL. (514) 381-8066 / FAX (450) 667-7889

DEMANDE D'OUVERTURE DE COMPTE

(1ère partie)

COMPAGNIE

NOM DE LA COMPAGNIE	:	_____			
ADRESSE	:	_____	EN AFFAIRE DEPUIS LE	:	_____
		_____	GENRE D'ENTREPRISE	:	_____
VILLE	:	_____	COMPAGNIE ANTÉRIEURE	:	_____
CODE POSTAL	:	_____	COMPAGNIE AFFILIÉE	:	_____
TÉLÉPHONE	:	_____			
CELLULAIRE	:	_____	TÉLÉCOPIEUR	:	_____
COURRIEL	:	_____	RESP. CPTES PAYABLES	:	_____

BANQUE

NOM	:	_____	ADRESSE	:	_____
TÉLÉPHONE	:	_____	RESPONSABLE	:	_____
NO. COMPTE CIE	:	_____	NO. COMPTE PERSONNEL	:	_____
		TRANSIT COMPTE + SPÉCIMEN DE CHÈQUE			TRANSIT COMPTE + SPÉCIMEN DE CHÈQUE

PROJET DE CONTRUCTION

ADRESSE	:	_____	PROPRIÉTAIRE TERRAIN	:	_____
RUE TRANSVERSALE	:	_____	NOM DU NOTAIRE	:	_____
VILLE	:	_____	# DE TÉLÉPHONE	:	_____
CADASTRE (# DE LOT)	:	_____	NOTARIÉ LE	:	_____
FINANCEMENT BANQUE	:	_____			
TÉLÉPHONE	:	_____	NO. COMPTE	:	_____
RESP. DU COMPTE	:	_____	TRANSIT COMPTE	:	_____

Je reconnais que des frais d'administration au taux de 1% par mois (soit 13.81% par année) seront ajoutés pour tout compte passé dû à compter de la date des achats. Je consens à ce que la compagnie citée recueille ou échange, maintenant ou périodiquement pendant la durée du contrat, des renseignements personnels choisis par la compagnie citée en titre. Je reconnais que mon dossier est détenu au service du crédit et que mes droits d'accès et de rectification se font par demande écrite. Je reconnais que, dans tous les cas où j'utiliserai mon ouverture de compte pour acheter de la marchandise, tous les termes et conditions ci-inclus s'appliqueront à moins que des instructions écrites à l'effet contraire viennent modifier la présente ouverture de compte. Je reconnais que cette demande d'ouverture de compte s'applique à tout(s) autre(s) projet(s) de construction à venir.

SIGNATURE

TÉMOIN

DATE

DÉPARTEMENT DE CRÉDIT
TÉL. (514) 381-8066 / FAX (450) 667-7889



(2ième partie)

REPRÉSENTANT:

ACTIONNAIRES DE LA COMPAGNIE

COMPAGNIE

PRÉSIDENT	:	_____	ADRESSE	:	_____
ASSURANCE SOCIALE	:	_____	DATE DE NAISSANCE	:	_____
VICE-PRÉSIDENT	:	_____	ADRESSE	:	_____
ASSURANCE SOCIALE	:	_____	DATE DE NAISSANCE	:	_____
SECRÉTAIRE-TRÉSORIER	:	_____	ADRESSE	:	_____
ASSURANCE SOCIALE	:	_____	DATE DE NAISSANCE	:	_____

FOURNISSEURS

NOM:	TÉL.:	FAX:
_____	_____	_____
NOM:	TÉL.:	FAX:
_____	_____	_____
NOM:	TÉL.:	FAX:
_____	_____	_____
NOM:	TÉL.:	FAX:
_____	_____	_____
NOM:	TÉL.:	FAX:
_____	_____	_____

PERSONNES AUTORISÉES À ACHETER :	NUMÉRO DE COMMANDE REQUIS :
_____	OUI <input type="checkbox"/>
_____	NON <input type="checkbox"/>
_____	<u>SI OUI</u>
_____	VERBAL <input type="checkbox"/>
_____	ÉCRIT <input type="checkbox"/>

INTERVENTION

Le (Les) soussigné(s) se porte(nt) conjointement et solidairement responsable(s) de toutes sommes dûes à la compagnie ci-haut mentionnée, Lefebvre & Benoit s.e.c., du fait de leur utilisation du crédit consenti à la suite de cette demande et renonce, par la présente, à tout bénéfice de division et de discussion concernant le(s) projet(s) de construction précisé(s) au présent formulaire ou à tout(s) autre(s) projet(s) de construction à venir, en outre, le présent cautionnement ne sera pas diminué ni affecté si la subrogation ne peut s'opérer en ma (notre) faveur.

SIGNATURE

TÉMOIN

DATE