



# Demande de crédit

Veuillez vous assurer que tous les renseignements nécessaires soient fournis pour la demande de crédit. Pour les sociétés ayant déjà un dossier de crédit, seules les sections 1 et 3 doivent être remplies.

**InterWrap Corp**

P.O. Box 280

Sumas, WA

98295-0280

Tél. : 778 945-2888

Télécopieur : 604 696-5518

Courriel : credit@interwrap.com

## Section 1

Dénomination sociale : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
 Faisant affaire sous le nom de (le cas échéant) \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_  
 Adresse de facturation \_\_\_\_\_  
 Adresse d'expédition \_\_\_\_\_  
 Nom de la personne-ressource au comptes fournisseurs : \_\_\_\_\_ Téléphone C/F : \_\_\_\_\_  
 Courriel C/F : \_\_\_\_\_ Type d'entreprise : \_\_\_\_\_  
 Couverture de crédit d'entreprise autorisée?  N  O Nom de la société mère : \_\_\_\_\_

## Section 2

Date du début des activités : \_\_\_\_\_ Site Web (si disponible) : \_\_\_\_\_  
 Type d'entreprise : Soc. en nom coll. Incorporation Individuelle, Coopérative Courriel : \_\_\_\_\_  
 Nom et adresse des propriétaires : \_\_\_\_\_  
 Ventes annuelles : \_\_\_\_\_ \$ Nb. d'employés : \_\_\_\_\_ Valeur nette de l'entreprise : \_\_\_\_\_ \$  
 Bon de commande requis?  N  O Montant du crédit demandé : \_\_\_\_\_ \$  
 Personnes autorisée à faire les achats : \_\_\_\_\_

**Référence de crédit** (au moins deux dont le montant est équivalent ou supérieur au montant de la demande de crédit ci-dessus)

Nom	Ville/Province	Téléphone	Télécopieur
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____

### Coordonnées bancaires

Nom de la banque : \_\_\_\_\_ No de compte : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Directeur : \_\_\_\_\_ No de téléphone : \_\_\_\_\_ No de télécopieur : \_\_\_\_\_

## Section 3

### Conditions :

Je/Nous comprends/comprenons que les conditions normales d'InterWrap sont net dans 30 jours suivant la date de facturation. Des intérêts de 2 % par mois (24 % par année) ou tout autre taux d'intérêt dont le demandeur sera avisé par écrit le cas échéant seront calculés sur les montants des comptes en souffrance. Les retours ne seront pas acceptés sans une autorisation préalable et seront sujets à des frais de frais de restockage de 15 % ainsi qu'à des frais de transport vers nos entrepôts. Les réclamations pour inventaire inexact ou pour bris seront traitées uniquement si celles-ci sont effectuées dans un délai de dix jours après la réception des marchandises. Je/Nous par la présente autorise/autorisons la personne ou la société à qui cette demande est soumise à obtenir les rapports ou renseignements de crédit pouvant être jugés nécessaires en lien avec la mise en place ou la gestion du compte de crédit ou pour tout autre besoin commercial directement en lien avec le dossier. Je/Nous accepte/acceptons de payer tout frais de recouvrement, y compris, mais sans limitation des frais raisonnables exigés par des avocats pour le traitement du dossier devant la cour ou pour traiter les requêtes en appel si je/nous ne paye/payons pas les montants dus selon les conditions stipulées.

Date : \_\_\_\_\_ Signature du représentant de la société : \_\_\_\_\_  
 Titre : \_\_\_\_\_ Nom de la personne en caractères d'imprimerie : \_\_\_\_\_

**À moins de fournir un certificat d'exonération de la taxe de vente, votre compte sera soumis aux taxes en vigueur.**

- Toute demande de crédit comportant des renseignements manquants ou incomplets pourra occasionner des délais de traitement.
- Faites parvenir votre demande de crédit par télécopieur au numéro 604 696-5518 à l'attention de : Service de la comptabilité et du crédit

### À L'USAGE DE L'ADMINISTRATION UNIQUEMENT

Représentant de l'organisation : \_\_\_\_\_ Nom du représentant : \_\_\_\_\_  
 Nom : \_\_\_\_\_ Société : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
 Préparée par : \_\_\_\_\_ Autorisée par : \_\_\_\_\_ Limite de crédit : \_\_\_\_\_