

Demande d'ouverture de compte

Renseignements sur l'entreprise

Nom de l'entreprise :

Personne responsable :

Adresse :

Téléphone :

Téléphone mobile :

Télécopieur :

Site web :

Courriel :

Genre de commerce :

En affaire depuis :

Nb. Employés :

Renseignements personnels

Adresse personnelle:

Téléphone :

Date de naissance (J/M/A):

No assurance sociale (facultatif) :

Renseignements bancaires

Institution financière :

Adresse :

Téléphone* :

Télécopieur* :

No de compte (ouvert depuis au moins 1 an)* :

Transit* :

***Ces champs sont obligatoires pour procéder à la demande avec l'institution financière**

Références commerciales

Fournisseur #1 :

Contact :

Téléphone :

Télécopieur :

Fournisseur #2 :

Contact :

Téléphone :

Télécopieur :

Je, soussigné, certifie que les renseignements ci haut sont complets et exacts. Par conséquent, j'autorise la compagnie Clinique Lafontaine inc. à obtenir auprès de tout bureau de crédit, institutions financières et/ou autres fournisseurs les renseignements nécessaires à l'établissement du crédit. Je certifie aussi avoir pris connaissance des politiques de l'entreprise en annexe et m'engage à les respecter.

Préparé par :

Signature :

Date :

La confidentialité des renseignements fournis est assurée