

## DEMANDE D'OUVERTURE DE COMPTE

Veillez inscrire les informations requises et envoyer le tout à [csr@gravelagency.com](mailto:csr@gravelagency.com) ou par fax au 418.682.3343  
 Veillez écrire en lettre moulées

## RENSEIGNEMENT SUR LE DEMANDEUR

NO. PERMIS D'ARMES À FEU POUR ENTREPRISE (Veillez joindre une copie, si applicable):

L'ADRESSE COURRIEL POUR LA VÉRIFICATION DES PERMIS PCAF :

NOM DE LA COMPAGNIE:

TYPE D'ENTREPRISE:  Copropriété  Partenariat  Corporation  Autre

SITE INTERNET:

PERSONNE-RESSOURCE:

POSITION:

TÉL.:

COURRIEL:

RESPONSABLE COMPTES À PAYER:

TÉL.:

COURRIEL:

ADRESSE DE FACTURATION:

VILLE:

PROVINCE:

CODE POSTAL:

TÉL. :

TÉLÉCOPIEUR:

ADRESSE DE LIVRAISON (Si différente):

VILLE:

PROVINCE:

CODE POSTAL:

TÉL. (Si différent de ci-dessus):

TÉLÉCOPIEUR (Si différent de ci-dessus):

COURRIEL:

## INFORMATION SUR L'ENTREPRISE

DOMAINE D'ACTIVITÉ:  Distributeur  Marchand en ligne seulement  Marchand

QUEL TYPE DE PRODUIT VOTRE ENTREPRISE OFFRE-T-ELLE ?:

DEPUIS COMBIEN DE TEMPS ÊTES-VOUS EN AFFAIRES ?:

QUELS PRODUITS SERIEZ-VOUS INTÉRESSÉS DE RECEVOIR DE L'AGENCE GRAVEL ? : (Veillez consulter notre site: [agencegravel.com](http://agencegravel.com))

COMMENT DÉTERMINEZ-VOUS LES PRIX DE VENTE DE VOS PRODUITS ?

La plus faible marge de profit possible  En suivant l'industrie  La plus haute marge de profit possible

## DEMANDE D'OUVERTURE DE COMPTE

## INFORMATION SUR LA CARTE DE CRÉDIT

Pour la première année, nous demandons un numéro de carte de crédit valide le temps de vous créer un historique de paiement.

VEUILLEZ COCHER PARMIS CES CHOIX:  Visa  Master Card

NO. DE CARTE DE CRÉDIT:

DATE D'EXPIRATION (AA/MM): /

CODE DE SÉCURITÉ À TROIS CHIFFRES:

NOM DU DÉTENTEUR DE LA CARTE:

## RÉFÉRENCES DE FOURNISSEURS

NOM DE LA COMPAGNIE:

ADRESSE:

VILLE: PROVINCE: CODE POSTAL:

TÉL.: TÉLÉCOPIEUR:

PERSONNE-RESSOURCE:

NOM DE LA COMPAGNIE:

ADRESSE:

VILLE: PROVINCE: CODE POSTAL:

TÉL.: TÉLÉCOPIEUR:

PERSONNE-RESSOURCE:

NOM DE LA COMPAGNIE:

ADRESSE:

VILLE: PROVINCE: CODE POSTAL:

TÉL.: TÉLÉCOPIEUR:

PERSONNE-RESSOURCE:

Nous autorisons Agence Gravel Inc. à transmettre l'information aux différentes compagnies qu'elle représente. Les informations sont destinées à l'établissement de la solvabilité de l'acheteur ainsi qu'autoriser Agence Gravel Inc. à communiquer les spéciaux et autres informations par courriels. L'obtention des signatures atteste que les informations sont vraies et complètes.

SIGNATURE:

NOM EN LETTRE MOULÉES:

TITRE:

DATE:

## DEMANDE D'OUVERTURE DE COMPTE

## ADDITIONNAL CONTACTS

CONTACT 2:

POSITION:

TÉL. #:

COURRIEL:

CONTACT 3:

POSITION:

TÉL. #:

COURRIEL:

CONTACT 4:

POSITION:

TÉL. #:

COURRIEL:

CONTACT 5:

POSITION:

TÉL. #:

COURRIEL:

CONTACT 6:

POSITION:

TÉL. #:

COURRIEL:

CONTACT 7:

POSITION:

TÉL. #:

COURRIEL:

CONTACT 8:

POSITION:

TÉL. #:

COURRIEL:

CONTACT 9:

POSITION:

TÉL. #:

COURRIEL:

CONTACT 10:

POSITION:

TÉL. #:

COURRIEL: