

DEMANDE D'OUVERTURE DE COMPTE

Veillez inscrire les informations requises et envoyer le tout à **defence@gravelagency.com** ou par fax au **418.682.3343**
Veillez écrire en lettres moulées.

RENSEIGNEMENT SUR LE DEMANDEUR

TYPE D'ORGANISME:

NUMÉRO D'IDENTIFICATION D'AGENCE#:

NOM D'ORGANISME:

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:

TRANSPORTEUR PRÉFÉRÉ:

NUMÉRO DE COMPTE DU TRANSPORTEUR (le cas échéant):

INFORMATION SUR LA CARTE DE CRÉDIT

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:

RESTEZ INFORMÉ!

RECEVEZ LES NOUVEAUX PRODUITS, PROMOTIONS, ÉVÉNEMENTS:

☐ Oui☐ Non

SIGNATURE:

NOM EN LETTRE MOULÉES:

TITRE:

DATE:

DEMANDE D'OUVERTURE DE COMPTE

CONTACTS ADDITIONNELS

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 :