



DEMANDE DE CRÉDIT POUR REVENDEUR

Veuillez compléter par ordinateur ou écrire lisiblement toutes les sections en entier et joindre tout document pertinent.

INFORMATION DE L'ENTREPRISE

Nom légal d'entreprise :		
Année de fondation :		Maison mère :
Forme juridique : <input type="checkbox"/> Compagnie <input type="checkbox"/> Entreprise individuelle <input type="checkbox"/> Partenariat <input type="checkbox"/> Travailleur autonome <input type="checkbox"/> S.A. <input type="checkbox"/> Autre		
No. TPS :	No. TVQ :	No. HST (hors Québec) :
Association à un regroupement d'achat : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Nom:
Adresse de facturation ou adresse postale :		
Ville :	Province :	Code postal :
	Téléphone :	Télec. :
Adresse Internet :		
Adresse du siège social (si différent que l'adresse de facturation) :		
Ville :	Province :	Code postal :
	Téléphone :	Télec. :
Secteur(s) d'activité (veuillez sélectionner toutes les cases pertinentes) : <input type="checkbox"/> Équipement médical durable <input type="checkbox"/> Équipement de maintien à domicile <input type="checkbox"/> Revendeur de gammes complètes <input type="checkbox"/> Soins à domicile <input type="checkbox"/> Ventes sur Internet <input type="checkbox"/> Réhabilitation <input type="checkbox"/> Réparation <input type="checkbox"/> Maison de retraite/hôpital <input type="checkbox"/> Grossiste <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser):		
Avez-vous déjà déclaré faillite? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
L'intérêt envers les produits AMYLIOR :		
<input type="checkbox"/> Fauteuils roulants motorisés <input type="checkbox"/> Assises et sièges <input type="checkbox"/> Aides à la marche <input type="checkbox"/> Quadriporteurs <input type="checkbox"/> Fauteuils roulants manuels <input type="checkbox"/> Batteries <input type="checkbox"/> Marché après-vente <input type="checkbox"/> Pièces de remplacement <input type="checkbox"/> Autre :		

INFORMATION D'EXPÉDITION

Veuillez indiquer le type d'installation pour le déchargement/chargement de la marchandise.			
ADRESSE D'EXPÉDITION No.1 ^o <input type="checkbox"/> Quai de chargement <input type="checkbox"/> Chariot élévateur <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser):			
Adresse : (Si différent de l'adresse de facturation)			
Ville:	Province :	Code postal :	
Téléphone :		Télec. :	
ADRESSE D'EXPÉDITION No.2 ^o <input type="checkbox"/> Quai de chargement <input type="checkbox"/> Chariot élévateur <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser):			
Adresse :			
Ville :	Province :	Code postal :	
Téléphone :		Télec. :	
Ⓛ S'il y a plus que deux endroits d'expédition, veuillez joindre une liste ainsi que le type d'installation pour le déchargement.			

CHEFS D'ENTREPRISE

OFFICIERS, PROPRIÉTAIRE(S) ET/OU PARTENAIRE(S) (PDG, CFO, COMPTES PAYABLES, ETC.)	
Nom :	Titre :
Nom :	Titre :
Nom :	Titre :
Nombre de représentants : (« PTA » Professionnels de la technologie adaptée)	Nombre d'employés :

RÉFÉRENCES COMMERCIALES

Nom du fournisseur :	Numéro de compte :	No. de téléphone :	No. de télécopieurs :



DEMANDE DE CRÉDIT POUR REVENDEUR (SUITE)

FICHER PRINCIPAL DES CONTACTS

1. Nom du contact :		Titre :	
Téléphone :	Poste :	Adresse courriel :	
Télécopieur :	Site Internet :		
Responsabilités/Service : <input type="checkbox"/> Propriétaire/cadre <input type="checkbox"/> Comptes payables <input type="checkbox"/> Service-client <input type="checkbox"/> Soutien technique (Cocher la boîte appropriée) <input type="checkbox"/> Ventes <input type="checkbox"/> Achats <input type="checkbox"/> Physiothérapeute <input type="checkbox"/> Ergothérapeute <input type="checkbox"/> Autre : _____			
Adresse commerciale, Ville, Province, Code postal :			

2. Nom du contact :		Titre :	
Téléphone :	Poste :	Adresse courriel :	
Télécopieur :	Site Internet :		
Responsabilités/Service : <input type="checkbox"/> Propriétaire/cadre <input type="checkbox"/> Comptes payables <input type="checkbox"/> Service-client <input type="checkbox"/> Soutien technique (Cocher la boîte appropriée) <input type="checkbox"/> Ventes <input type="checkbox"/> Achats <input type="checkbox"/> Physiothérapeute <input type="checkbox"/> Ergothérapeute <input type="checkbox"/> Autre : _____			
Adresse commerciale, Ville, Province, Code postal :			

3. Nom du contact :		Titre :	
Téléphone :	Poste :	Adresse courriel :	
Télécopieur :	Site Internet :		
Responsabilités/Service : <input type="checkbox"/> Propriétaire/cadre <input type="checkbox"/> Comptes payables <input type="checkbox"/> Service-client <input type="checkbox"/> Soutien technique (Cocher la boîte appropriée) <input type="checkbox"/> Ventes <input type="checkbox"/> Achats <input type="checkbox"/> Physiothérapeute <input type="checkbox"/> Ergothérapeute <input type="checkbox"/> Autre : _____			
Adresse commerciale, Ville, Province, Code postal :			

4. Nom du contact :		Titre :	
Téléphone :	Poste :	Adresse courriel :	
Télécopieur :	Site Internet :		
Responsabilités/Service : <input type="checkbox"/> Propriétaire/cadre <input type="checkbox"/> Comptes payables <input type="checkbox"/> Service-client <input type="checkbox"/> Soutien technique (Cocher la boîte appropriée) <input type="checkbox"/> Ventes <input type="checkbox"/> Achats <input type="checkbox"/> Physiothérapeute <input type="checkbox"/> Ergothérapeute <input type="checkbox"/> Autre : _____			
Adresse commerciale, Ville, Province, Code postal :			

5. Nom du contact :		Titre :	
Téléphone :	Poste :	Adresse courriel :	
Télécopieur :	Site Internet :		
Responsabilités/Service : <input type="checkbox"/> Propriétaire/cadre <input type="checkbox"/> Comptes payables <input type="checkbox"/> Service-client <input type="checkbox"/> Soutien technique (Cocher la boîte appropriée) <input type="checkbox"/> Ventes <input type="checkbox"/> Achats <input type="checkbox"/> Physiothérapeute <input type="checkbox"/> Ergothérapeute <input type="checkbox"/> Autre : _____			
Adresse commerciale, Ville, Province, Code postal :			



DEMANDE DE CRÉDIT POUR REVENDEUR (SUITE)

RÉFÉRENCES BANCAIRES

Nom de la banque/succursale :	Téléphone :	Dir. de banque :	No(s). de compte :

***** Veuillez compléter la section suivante en entier *****

INFORMATION SUR VOS ACHATS

Selon votre intérêt envers les produits AMYLIOR noté en page 1, auprès de quels fabricants effectuez-vous vos achats et pourquoi?

Quel pourcentage de votre commerce est consacré à ces produits?

Moyenne des ventes mensuelles : \$	Estimation des ventes annuelles : \$
Estimation des commandes mensuelles chez AMYLIOR	Nombre d'unités :
Aperçu de votre entreprise :	

INFORMATION FINANCIÈRE

Estimation des achats mensuels effectués auprès d'AMYLIOR au cours des 12 prochains mois:	\$
Si les exigences en matière de crédit dépassent 50 000\$, veuillez joindre une copie de votre dernier état financier ou de votre déclaration de revenus et passer à la section suivante.	
Nom du demandeur :	Date de la demande :

MODALITÉS ET CONDITIONS

CONDITIONS DANS LESQUELLES UN COMPTE DE CRÉDIT EST ACCORDÉ:

1. L'entreprise doit exercer ses activités avec AMYLIOR ainsi qu'avec ses clients de façon équitable et honnête.
2. L'entreprise s'engage à fournir un soutien pour les produits AMYLIOR sous forme de promotions avant-vente, de service à la clientèle direct et de suivi après-vente, au besoin. Cela inclut le service fourni par la garantie du produit.
3. L'entreprise est tenue de maintenir son compte en règle dans les conditions convenues.
4. Des achats annuels minimums de 10 000\$ nets du revendeur sont requis pour conserver son compte de crédit.
5. L'entreprise doit respecter les règles et les réglementations décrites par AMYLIOR dans tout document régissant les activités d'AMYLIOR avec ses clients.
6. Conditions sujettes à changer à la discrétion d'AMYLIOR avec préavis écrit.

EN SIGNANT CETTE DEMANDE DE CRÉDIT, L'ENTREPRISE COMPREND ET ACCEPTE CE QUI SUIT:

- Si une marge de crédit est approuvée, l'entreprise comprend qu'il y a certaines conditions de crédit qui lui seront attribuées. L'entreprise accepte de payer le compte selon ces conditions.
- L'entreprise comprend qu'AMYLIOR se réserve le droit de suspendre les commandes avant leur mise en production, ainsi que toute expédition en attente, si les factures ne sont pas réglées dans les délais.
- L'entreprise comprend qu'AMYLIOR a le droit de mettre fin aux escomptes secondaires autorisés (le cas échéant) si les conditions de crédit et/ou les exigences de commande minimum ne sont pas respectées.

Signature du demandeur :	Date :
Nom (en lettres moulées) :	Titre :

▼ POUR USAGE INTERNE SEULEMENT ▼

Approbation du service de crédit :	
Numéro de compte :	Date :
Escomptes approuvés :	Conditions approuvées :
Approbation du service des ventes :	Date :