

Numéro de Client

(pour usage interne uniquement)

## INFORMATIONS GÉNÉRALES

<b>Nom d'entreprise</b> (nom légal de l'incorporation ou utilisé sur autres documents) :		
<b>Nom de l'entreprise</b> (indiquez tous les noms) :		
Adresse :		
Ville :	Province :	Code postal :
Téléphone :		Télécopieur :
Courriel :		Site internet :
<b>Adresse de facturation</b> (si différente de celle au-dessus) :		
Ville :	Province :	Code postal :
Téléphone :		Télécopieur :
<b>Type d'entreprise</b> : <input type="checkbox"/> Incorporé <input type="checkbox"/> En nom collectif <input type="checkbox"/> propriétaire unique <input type="checkbox"/> Filiale		
<b>Si incorporé</b> , numéro d'incorporation :	Date de l'incorporation :	Lieu de l'incorporation ::
En affaire depuis : Années : ( ) mois : ( )	Numéro IRS (États-Unis seulement) :	

## INFORMATIONS- DIRECTEURS, ADMINISTRATEURS, ACTIONNAIRES, ASSOCIÉS, PROPRIÉTAIRE

S.V.P. Indiquer les noms complets de tous les directeurs, administrateurs, actionnaires, associés et propriétaire (annexer une autre feuille si nécessaire) :	
Nom complet (et tous les autres noms utilisés) :	
Nom complet (et tous les autres noms utilisés) :	
Avez-vous déjà et/ou une des personnes suivantes (directeurs, administrateurs, actionnaires, associés, propriétaires, entreprises connexes) fait une demande de crédit dans le passé chez Safecross?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si oui, sous quel nom d'entreprise? (liste complète) :	De quand à quand ?

## RÉFÉRENCES COMMERCIALES

Ne pas fournir des références qui vous concernent vis-à-vis votre entreprise ou vis-à-vis vos partenaires, directeurs, administrateurs, ou propriétaires.

<b>(1) Nom de compagnie :</b>		<b>Numéro de compte :</b>	
Adresse :			
Ville :	Province :	Code Postal :	
Personne à contacter (Administrateur) :			Courriel :
Téléphone :	Télécopieur :	Faites affaire ensemble depuis Années :            Mois :	
<b>(2) Nom de compagnie :</b>		<b>Numéro de compte :</b>	
Adresse :			
Ville :	Province :	Code Postal :	
Personne à contacter (Administrateur) :			Courriel :
Téléphone :	Télécopieur :	Faites affaire ensemble depuis Années :            Mois :	
<b>(3) Nom de compagnie :</b>		<b>Numéro de compte :</b>	
Adresse :			
Ville :	Province :	Code Postal :	
Personne à contacter (Administrateur) :			Courriel :
Téléphone :	Télécopieur :	Faites affaire ensemble depuis Années :            Mois :	

## INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

Factures payées habituellement de quelle façon :	PAYABLE SUR LIVRAISON	15 JOURS	30 JOURS	TRANSFERT BANCAIRE	CARTE DE DÉBIT
Montant de crédit demandé :					
Prévision d'achat annuel chez Safecross.	less than \$5,000	less than \$10,000	\$10,000-\$25,000	\$25,000-\$50,000	\$50,000 +
Directeur des achats :			Personne responsable des comptes payables :		
Téléphone :		Ext.:		Téléphone :	
				Ext.:	
Courriel :			Courriel :		

## RÉFÉRENCES BANCAIRES

Indiquer toutes les banques et institutions financières. Joindre une autre page si nécessaire.

Nom de la banque :		Numéro de succursale :	
Adresse de la banque :			
Ville :	Province :	Code Postal :	
Personne à contacter :		Téléphone :	Télécopieur :
Courriel :	Numéro de compte :		Faites affaire ensemble depuis Années :            Mois :

### RECONNAISSANCE

Je/nous reconnaissons et consentons les demandes suivantes :

paiement 30 jours sur approbation de crédit. Les produits demeurent la propriété de Safecross First aid Ltd jusqu'au® paiement total reçu et approuvé. Les comptes en souffrance sont sujet à un taux d'intérêt de 2% par mois ( 26.8% par année).

**JE/NOUS CERTIFIONS QUE LES INFORMATIONS FOURNIES SUR CETTE DEMANDE DE CRÉDIT SONT COMPLÈTES, EXACTES ET RÉELLES. JE/NOUS CONSENTONS À CE QU'UNE APPROBATION DE CRÉDIT SOIT BASÉE SUR L'EXACTITUDE DE CES INFORMATIONS.**

S'il existe plusieurs associés, ceux-ci doivent **TOUS** signés.

Si vous êtes une société enregistrée comptant moins de trois directeurs et/ou administrateurs, ceux-ci doivent tous signés. Si le nombre est plus élevé que trois directeurs et/ou administrateurs, un minimum de trois doit signés.

(1) Signature : \_\_\_\_\_ Nom (en lettre moulées) : \_\_\_\_\_

Titre : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

(2) Signature : \_\_\_\_\_ Nom (en lettre moulées) : \_\_\_\_\_

Titre : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

(3) Signature : \_\_\_\_\_ Nom (en lettre moulées) : \_\_\_\_\_

Titre : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

### CONSENTEMENT

Nous autorisons nos banques et nos créanciers à fournir des informations de nos comptes à Safecross® First Aid Ltd.

\_\_\_\_\_  
(Inscrire le nom de la compagnie)

\_\_\_\_\_  
Signature d'une personne autorisée

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
En lettre moulée