

DEMANDE DE CRÉDIT
Secteur commercial

Place d'affaires : Québec
 Boucherville
 Mirabel

Ouverture de compte
 Révision de compte

Représentant(e): _____

DATE

RENSEIGNEMENTS CIVIQUES (SECTION OBLIGATOIRE)

NOM DE LA COMPAGNIE		TÉLÉPHONE	
ADRESSE COMMERCIALE		VILLE	CODE POSTAL
<input type="checkbox"/> LOCATAIRE	N° DE TÉLÉCOPIEUR		N° DE CELLULAIRE
<input type="checkbox"/> PROPRIÉTAIRE	COURRIEL _____		

RENSEIGNEMENTS SOCIAUX / PROPRIÉTAIRES ET ACTIONNAIRES

S'IL Y A LIEU, RAISON SOCIALE		EN AFFAIRES DEPUIS	
GENRE DE COMMERCE, SECTEUR D'ACTIVITÉ : COMMERCIAL <input type="checkbox"/> INSTITUTIONNEL <input type="checkbox"/> RÉSIDENTIEL <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/>			
STATUT JURIDIQUE			ANNÉE
<input type="checkbox"/> CORPORATION <input type="checkbox"/> ASSOCIATION <input type="checkbox"/> LIMITÉE <input type="checkbox"/> ENREGISTREMENT <input type="checkbox"/> PROPRIÉTAIRE UNIQUE			
FILIALE(S) NOM(S) ET ADRESSE(S)		SI VOTRE COMPAGNIE A MOINS DE 2 ANS, VOTRE OCCUPATION PRÉCÉDENTE	
NOM	PRÉNOM	NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE	DATE DE NAISSANCE JOUR MOIS ANNÉE
ADRESSE			% ACTIONS
NOM	PRÉNOM	NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE	DATE DE NAISSANCE JOUR MOIS ANNÉE
ADRESSE			% ACTIONS
NOM	PRÉNOM	NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE	DATE DE NAISSANCE JOUR MOIS ANNÉE
ADRESSE			% ACTIONS

RENSEIGNEMENTS FINANCIERS(*JOINDRE À VOTRE DEMANDE SPÉCIMEN DE CHÈQUE)

INSTITUTION FINANCIÈRE	N° INSTITUTION	N° TRANSIT	N° FOLIO
ADRESSE			TÉLÉPHONE
NOM DE LA PERSONNE EN CHARGE DE VOTRE COMPTE			
POUVEZ-VOUS FOURNIR UNE COPIE DE VOTRE BILAN FINANCIER LE PLUS RÉCENT? *JOINDRE UNE COPIE SVP. <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
RÉFÉRENCES (FOURNISSEUR, SOCIÉTÉ DE PRÊT OU RÉFÉRENCES PERSONNELLES) NOM ET ADRESSE			TÉLÉPHONE

AUTRES RENSEIGNEMENTS

PERSONNES(S) AUTORISÉE(S) À ACHETER POUR VOTRE COMPTE. COMPLÉTER LA SECTION CI-DESSOUS OU FOURNIR UNE LISTE D'ACHETEURS(ES) AUTORISÉ(ES)			
NOM	PRÉNOM	NOM	PRÉNOM
VOTRE ACHETEUR DOIT-IL AVOIR UN N° D'ORDRE D'ACHAT? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		MONTANT D'ACHAT MENSUEL PRÉVU (ESTIMATION)	
SI OUI, SPÉCIFIER : <input type="checkbox"/> # DE PROJET <input type="checkbox"/> NOM DE L'ACHETEUR <input type="checkbox"/> # ORDRE			
RESPONSABLE DES COMPTES À PAYER		COURRIEL DU RESPONSABLE DES COMPTES À PAYER	TÉLÉPHONE

DATE

RENSEIGNEMENTS CIVIQUES (SECTION OBLIGATOIRE)

NOM DE LA COMPAGNIE		TÉLÉPHONE	
ADRESSE COMMERCIALE		VILLE	CODE POSTAL
<input type="checkbox"/> LOCATAIRE	N° DE TÉLÉCOPIEUR		N° DE CELLULAIRE
<input type="checkbox"/> PROPRIÉTAIRE	COURRIEL		

DÉTAILS SUR IMMEUBLE(S) (AU NOM DE LA REQUÉRANTE (S'IL Y A LIEU))

1. ADRESSE CIVIQUE		NOMBRE DE LOGEMENTS
DATE DE L'ACHAT	REVENU MENSUEL DES LOYERS	
2. ADRESSE CIVIQUE		NOMBRE DE LOGEMENTS
DATE DE L'ACHAT	REVENU MENSUEL DES LOYERS	
3. ADRESSE CIVIQUE		NOMBRE DE LOGEMENTS
DATE DE L'ACHAT	REVENU MENSUEL DES LOYERS	

CONFIRMATION DEMANDE DE CRÉDIT / SECTEUR COMMERCIAL

Chacun des soussignés certifie que les informations ci-haut mentionnées sont véridiques et sollicite l'ouverture d'une marge de crédit chez Manugypse Inc. ; la compagnie se réservant le droit d'établir à son gré la marge de crédit de son client et la révision de celle-ci.

Chacun des soussignés autorise Manugypse Inc. à se procurer en tout temps par les méthodes usuelles, tout renseignements sur son crédit pour les besoins de la présente demande et à les divulguer à toute personne ou bureau de crédit avec lequel il entretient ou se propose d'entretenir des relations d'affaires.

Je dégage Manugypse Inc. et ses employés de toute responsabilité relativement à ses renseignements.

Tout paiement doit être acquitté soit par chèque, transfert bancaire, en argent ou carte de débit. Aucune carte de crédit ne sera acceptée.

Toutes marchandises demeurent la propriété de Manugypse Inc. jusqu'à paiement final.

DATE

J'accepte (nous acceptons) que toute facture non acquittée dans les trente (30) jours porte des frais d'administration de vingt-quatre pour cent (24%) l'an, calculé mensuellement à deux pour cent (2%). «Si Manugypse Inc. mandate un avocat ou un agent de recouvrement, vu le défaut de paiement, j'accepte (nous acceptons) de payer en plus du solde dû, des frais équivalents à vingt-cinq pour cent (25%) du solde dû en capital et intérêts et ce, à ce titre de dommages liquidés à l'avance pour mon (notre) retard dans l'exécution de mon (notre) obligation de paiement, le tout sous réserve des autres droits et recours de Manugypse Inc.»

Chacun des soussignés, étant signataires autorisés, pour la requérante, élit domicile dans le district judiciaire de Québec pour toute réclamation en vertu de la présente demande de crédit ou aux termes de tout autre contrat conclu avec Manugypse Inc.

NOM DE LA COMPAGNIE / RAISON SOCIALE

NOM DU REQUÉRANT

SIGNATURE DU REQUÉRANT

NOM DE(S) ACTIONNAIRE(S)

SIGNATURE DE(S) ACTIONNAIRE(S)

NOM DE(S) ACTIONNAIRE(S)

SIGNATURE DE(S) ACTIONNAIRE(S)

*Signatures électroniques non acceptées.

** SVP nous retourner votre demande à l'adresse courriel suivante : recevables@manugypse.com