



Groupe Horticole Ledoux Inc.

785, rue Paul Lussier
Ste-Hélène, QC (Canada) J0H 1M0
Tél : (450) 791-2222 Fax : (450) 791-2225
Site Web: www.ghlinc.com Courriel : ghl@ghlinc.com

DIC-02
Révision 08

OUVERTURE DE COMPTE

Date :

SUJET : Renseignements nécessaires pour l'ouverture de votre compte

BONJOUR,

SELON LA NOUVELLE POLITIQUE DE NOTRE COMPAGNIE, NOUS AVONS BESOIN DE RENSEIGNEMENTS PERTINENTS POUR POUVOIR PROCÉDER À L'OUVERTURE D'UN COMPTE.

VOUS TROUVEREZ CI-INCLUS, UNE OUVERTURE DE COMPTE À REMPLIR AFIN QUE L'ON PUISSE RÉPONDRE AUX NORMES EXIGÉES PAR LA BANQUE. . VEUILLEZ LA REMPLIR ET NOUS LA RETOURNER PAR TÉLÉCOPIE AU NUMÉRO SUIVANT : 1(450) 791-2225, OU PAR COURRIER.

VOUS REMERCIANT À L'AVANCE DE VOTRE OBLIGEANCE, VEUILLEZ AGRÉER, CHER CLIENT, NOS SALUTATIONS DISTINGUÉES.

BIEN À VOUS,



Groupe Horticole Ledoux Inc.

785, rue Paul Lussier
Ste-Hélène, QC (Canada) J0H 1M0
Tél : (450) 791-2222 Fax : (450) 791-2225
Site Web: www.ghlinc.com Courriel : ghl@ghlinc.com

DIC-02
Révision 08

RENSEIGNEMENTS NÉCESSAIRES POUR L'OUVERTURE D'UN COMPTE

INFORMATIONS SUR LA COMPAGNIE		
Nom de la compagnie:		Tél.:()
Adresse :		
Ville :	Code postal:	Fax: ()
Courriel :	Site web :	
Adresse de livraison si différente:		
INFORMATIONS SUR LE(S) PROPRIÉTAIRE(S)		
1.Nom:	Adresse:	Tél. ()
	Date de naissance:	Titre
2.Nom:	Adresse:	Tél. ()
	Date de naissance:	Titre
3.Nom:	Adresse:	Tél. ()
	Date de naissance:	Titre
INFORMATIONS GÉNÉRALES		
Surveillant des comptes-fournisseurs:		
Nom de l'acheteur:		
Genre d'entreprise: Inc <input type="checkbox"/> Enr. <input type="checkbox"/> Senc. <input type="checkbox"/> Autres: <input type="checkbox"/> Spécifiez:		
Locataire: <input type="checkbox"/>	Propriétaire: <input type="checkbox"/>	Marge de crédit désirée :
Nombre d'années en affaires:		Achats mensuels prévus :
Numéro de taxe fédérale:		Superficie :
Numéro de taxe provinciale		Nombre d'employé(es)
État de compte électronique <input type="checkbox"/> État de compte papier <input type="checkbox"/>		Informations techniques par courriel :
Adresse courriel :		
Nom de votre représentant GHL :		



Groupe Horticole Ledoux Inc.

785, rue Paul Lussier
Ste-Hélène, QC (Canada) J0H 1M0
Tél : (450) 791-2222 Fax : (450) 791-2225
Site Web: www.ghlinc.com Courriel : ghl@ghlinc.com

DIC-02
Révision 08

RÉFÉRENCES BANCAIRES	
Nom de la banque (1)	No. compte:
Adresse:	Contact:
	Téléphone:()
Nom de la banque (2)	No. compte:
Adresse:	Contact:
	Téléphone:()
RÉFÉRENCES COMMERCIALES (où vous avez déjà un compte d'ouvert) ** IMPORTANT À COMPLÉTER AU COMPLET**	
1. Nom	Tél. () Fax: ()
Adresse:	
2. Nom	Tél. () Fax: ()
Adresse:	
3. Nom	Tél. () Fax: ()
Adresse:	

Votre signature signifie l'approbation aux termes suivants:

- Les termes spécifiés à l'endos de vos factures. Le dernier jour du mois, des intérêts sont chargés sur les comptes passés dû, au taux indiqué sur les factures, soit 1,25% mensuel soit 15% annuel;
- Les produits expédiés par transport sont à la charge du client et ne seront pas assurés, sauf demande express du client, le choix du transporteur est à la discrétion de GHL Inc.. Le client doit faire la demande d'assurance s' il le désire et en acquitter le coût ;
- Toutes les garanties en rapport aux divers produits et équipement vendus par Groupe Horticole Ledoux osnt celles du fabriquant qui sont disponibles sur demande ;
- Je vous autorise à obtenir les informations de crédit sur mes antécédents de crédit auprès des agents détenant ces informations;
- Si je suis en défaut de paiement, le solde du compte entier peut devenir dû, incluant les frais d'intérêts. De plus si mon compte est référé pour fin de recouvrement, j'accepte de payer les frais encourrus, jugés raisonnables par les lois du Canada;
- La signature ci-bas, autorise les institutions financières et les références citées plus haut à divulguer toutes informations sur mes antécédents de crédit, au Groupe Horticole Ledoux Inc.
- Veuillez nous aviser en cas de changement d'adresse, de dénomination sociale ou de propriétaires.
- Tout défaut de respecter les conditions de paiement, peut entraîner la fermeture du compte, sans préavis.

LES TERMES PAR DÉFAUT SONT NET 30 JOURS ** IMPORTANT À COMPLÉTER AU COMPLET **

Nom de l'entreprise:	
Nom (Caractère d'imprimerie)	
Signature:	Titre:
Date:	

Crédit accordé:

À l'usage du bureau

Créé par Nathalie Ledoux
Modifié le 30 avril 08

F:\DOCUMENT\ISO 9000\Formulaires contrôlés\dic-02.DOC