

Formulaire d'ouverture de compte



PRODUITS & ACCESSOIRES OPTIQUE

INFORMATION DE FACTURATION

Nom commercial: _____

Propriétaire: _____

Adresse: _____

Ville: _____

Province: _____ Code Postal: _____

Télé 1: (____) _____

Télé 2: (____) _____

Télec.: (____) _____

Courriel: _____

GENRE DE COMMERCE

Optométriste

Opticien(ne)

Labo

Autre

Spécifié: _____

INFORMATION DES ACHATS

Contact: _____

Courriel: _____

INFORMATION DES COMPTES À PAYER

Contact: _____

Courriel: _____

MODE DE PAIEMENT*

VISA MASTERCARD CHÈQUE

De Carte de Crédit: _____

Date d'expiration (mm/aa) : _____

REGROUPEMENT D'ACHATS

OUI NA

Spécifié: _____

De Membre: _____

* La première commande exige le paiement à l'avance.

Une limite de crédit de \$250.⁰⁰ sera assignée à tous les nouveaux comptes approuvés.

Vous avez 30 jours pour effectuer votre paiement. Il y a des frais de transport sur les commandes moins de \$100.⁰⁰

Nous offrons également le paiement mensuel de l'état de compte automatique avec VISA et MASTERCARD

J'autorise le paiement mensuel de l'état de compte automatique sur notre carte de crédit.

Signature Autorisée : _____ Date: _____

RÉFÉRENCES COMMERCIALES

Nom: _____ Télé. # : (____) _____

Nom: _____ Télé. # : (____) _____

Nom: _____ Télé. # : (____) _____

RÉFÉRENCES BANCAIRES

Nom: _____ Contact: _____

Locale: _____ Adresse: _____

de compte : _____ Télé. # : (____) _____