

Imprimez ce formulaire remplissez le et faxez le au :

02 47 44 44 40

FICHE DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS (pour une ouverture de compte)

Raison Sociale :	Adr. Livraison :
Adr. Facturation :	:
:	:
:	:
:	:
Téléphone :	Contact COMPTA :
Télécopie :	Téléphone :
Email :	Site :
Responsable de l' Entreprise :	Date de sa Création :

Domiciliation Bancaire :	<u>Joindre un R.I.B. et une lettre à entête</u>
Code Banque :	N° SIRET :
Code Guichet :	Code A . P . E :
N° de Compte :	Clé RIB :

Grossiste <input type="checkbox"/>	Activité :	:
GS / GSA <input type="checkbox"/>	:	:
Groupement <input type="checkbox"/>	:	:
Installateur <input type="checkbox"/>	:	:

Nombre de Techniciens Responsable Achats :

Faites vous des bons de Commande : oui non

Voulez vous vos Bons de Livraisons Chiffrés: oui non Nombre de Factures

Quel est le montant de vos Achats en Pièces Détachées par Mois :

Vos prévisions achats en Pièces Détachées par mois avec nous :

Pour des raisons de gestion il nous est impossible d'ouvrir des comptes pour des achats *mensuels* inférieurs à 100.00 € NET (Hors remises et H.T.)

Règlement des relevés uniquement par LCR magnétique avec prélèvement automatique

AUCUN COMPTE NE SERA OUVERT A PLUS DE 30 JOURS FIN DE MOIS
(sauf accord écrit et signe de la direction).

<p>Date : Ecrire la mention : lu et approuvé</p> <p>Nom : Signature</p>	<p>Cachet obligatoire</p>
---	---------------------------