



## **Demande de compte commercial pour les revendeurs, les distributeurs et les clients**

Les informations fournies dans ce document restent confidentielles et ne seront utilisées que par Gestion Technimount S.A.M.U. Inc. pour l'usage auquel elles sont destinées.

La demande d'ouverture de compte actuelle sera autorisée par Technimount EMS si le demandeur satisfait aux conditions de crédit selon les politiques de Gestion Technimount S.A.M.U. Inc. En remplissant ce formulaire, le demandeur autorise Technimount EMS à se renseigner auprès des fournisseurs, des institutions financières ou des organismes de crédit officiels.

Nom de l'organisation: \_\_\_\_\_

Désignation sociale (si applicable): \_\_\_\_\_

Adresse de facturation: \_\_\_\_\_

Adresse de livraison: \_\_\_\_\_

Téléphone (Admin / Comptabilité): \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_

Propriétaire / Responsable de la comptabilité: \_\_\_\_\_

Propriétaire du bâtiment:  Oui  Non

Sinon: Nom: \_\_\_\_\_

Tél.: \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_

Statut légal de l'organisation:  Incorporé

Privée

Autre: \_\_\_\_\_

Division de (si applicable): \_\_\_\_\_

Personne responsable des comptes payables:

Nom: \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_

Direct: \_\_\_\_\_

Gestionnaire de la comptabilité: \_\_\_\_\_

Personne autorisée à acheter (nom): \_\_\_\_\_

EMS / Unité d'hospitalisation: \_\_\_\_\_

Transporteur / Société d'expédition normalement utilisée: \_\_\_\_\_

Achat mensuel approximatif (si applicable): \_\_\_\_\_

Montant estimé de l'achat si effectué sur un P.O. unique : \_\_\_\_\_

### Informations bancaires

Nom de la banque: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_

Transit: \_\_\_\_\_ No de compte: \_\_\_\_\_

Personne contact: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

TFE applicable::  Oui  Non

### Fournisseurs importants pour les entreprises

Nom de la Compagnie: \_\_\_\_\_

Personne contact: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_

Nom de la Compagnie: \_\_\_\_\_

Personne contact: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_

Nom de la Compagnie: \_\_\_\_\_

Personne contact: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_

Conditions:

À la suite de l'acceptation de ce compte commercial, le demandeur acceptera les conditions suivantes:

**1. Paiement**

Toute marchandise achetée par le demandeur (client), sera payable dans un délai de 30 jours après la livraison. Tout solde impayé après cette période, sera facturé sur une base mensuelle de 2% (24% annuellement).

**2. Livraison**

Tous les frais liés aux taxes et à la livraison seront à la charge du client, sauf suivant un accord spécifique.

**3. Retours**

Le demandeur s'engage à informer Technimount Médicale dans les 15 jours suivant la livraison, des erreurs ou des produits défectueux livrés. Sinon, Technimount Médicale considérera que le client est entièrement satisfait du produit livré.

**4. Propriété légale**

Tous les produits vendus resteront la propriété de Technimount Médicale jusqu'à ce que le montant total dû soit payé par le client conformément au dernier relevé émis par Technimount Médicale.

**5. Autres conditions**

**5.1.** Le demandeur assumera tous les risques associés à la perte, aux dommages, à la destruction des articles achetés dès la livraison au client. Dans l'éventualité de l'un de ces scénarios possible, il libère l'obligation financière de payer les sommes dues pour les achats.

**5.2.** En cas de conflit ou aux fins de l'exécution de la demande, tous les partis concernés éliront le district judiciaire de la province de Québec.

**5.3.** Le demandeur confirme que toutes les informations fournies dans ce formulaire sont véridiques, complètes et exactes, et ce au meilleur de ses connaissances.

**5.4.** Pour connaître la garantie complète et les politiques de retour, veuillez consulter le guide d'utilisation du produit ou les documents correspondants fournis après votre achat. Pour de plus amples informations, veuillez contacter [customerservice@technimount.com](mailto:customerservice@technimount.com).

**Signature**

Signé à: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Demandeur

Nom: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Représentant autorisé tel que déclaré  
(Signature)