

		DEMANDE DE CRÉDIT POUR REVENDEUR	
Veuillez compléter par ordinateur ou écrire lisiblement toutes les sections en entier et joindre tout document pertinent.			
INFORMATION DE L'ENTREPRISE			
Nom légal d'entreprise :			
Année de fondation :		Maison mère :	
Forme juridique : ☐ Compagnie ☐ Entreprise individuelle ☐ Partenariat ☐ Travailleur autonome ☐ S.A. ☐ Autre			
No. TPS :	No. TVQ :	No. HST (hors Québec) :	
Association à un regroupement d'achat : ☐ Oui ☐ Non		Nom :	
Adresse de facturation ou adresse postale :			
Ville :	Province :	Code postal :	
	Téléphone :	Télec. :	
Adresse Internet :			
Adresse du siège social (si différent que l'adresse de facturation) :			
Ville :	Province :	Code postal :	
	Téléphone :	Télec. :	
Secteur(s) d'activité (veuillez sélectionner toutes les cases pertinentes) : ☐ Équipement médical durable ☐ Équipement de maintien à domicile ☐ Revendeur de gammes complètes ☐ Soins à domicile ☐ Ventes sur Internet ☐ Réhabilitation ☐ Réparation ☐ Maison de retraite/hôpital ☐ Grossiste ☐ Autre (veuillez préciser):			
Avez-vous déjà déclaré faillite? ☐ Oui ☐ Non			
L'intérêt envers les produits AMYLIOR : ☐ Fauteuils roulants motorisés ☐ Assises et sièges ☐ Aides à la marche ☐ Quadriporteurs ☐ Fauteuils roulants manuels ☐ Batteries ☐ Marché après-vente ☐ Pièces de remplacement ☐ Autre :			
INFORMATION D'EXPÉDITION			
Veuillez indiquer le type d'installation pour le déchargement/chargement de la marchandise.			
ADRESSE D'EXPÉDITION No.1 ^① ☐ Quai de chargement ☐ Chariot élévateur ☐ Autre (veuillez préciser):			
Adresse : (Si différent de l'adresse de facturation)			
Ville:	Province :	Code postal :	
Téléphone :		Télec. :	
ADRESSE D'EXPÉDITION No.2 ^① ☐ Quai de chargement ☐ Chariot élévateur ☐ Autre (veuillez préciser):			
Adresse :			
Ville :	Province :	Code postal :	
Téléphone :		Télec. :	
① S'il y a plus que deux endroits d'expédition, veuillez joindre une liste ainsi que le type d'installation pour le déchargement.			
CHEFS D'ENTREPRISE			
OFFICIERS, PROPRIÉTAIRE(S) ET/OU PARTENAIRE(S) (PDG, CFO, COMPTES PAYABLES, ETC.)			
Nom :		Titre :	
Nom :		Titre :	
Nom :		Titre :	
Nombre de représentants : (« PTA » Professionnels de la technologie adaptée)		Nombre d'employés :	
RÉFÉRENCES COMMERCIALES			
Nom du fournisseur :	Numéro de compte :	No. de téléphone :	No. de télécopieurs :



DEMANDE DE CRÉDIT POUR REVENDEUR (SUITE)

FICHER PRINCIPAL DES CONTACTS

1. Nom du contact :		Titre :	
Téléphone :	Poste :	Adresse courriel :	
Télécopieur :	Site Internet :		
Responsabilités/Service : ☐ Propriétaire/cadre ☐ Comptes payables ☐ Service-client ☐ Soutien technique (Cocher la boîte appropriée) ☐ Ventes ☐ Achats ☐ Physiothérapeute ☐ Ergothérapeute ☐ Autre : _____			
Adresse commerciale, Ville, Province, Code postal :			

2. Nom du contact :		Titre :	
Téléphone :	Poste :	Adresse courriel :	
Télécopieur :	Site Internet :		
Responsabilités/Service : ☐ Propriétaire/cadre ☐ Comptes payables ☐ Service-client ☐ Soutien technique (Cocher la boîte appropriée) ☐ Ventes ☐ Achats ☐ Physiothérapeute ☐ Ergothérapeute ☐ Autre : _____			
Adresse commerciale, Ville, Province, Code postal :			

3. Nom du contact :		Titre :	
Téléphone :	Poste :	Adresse courriel :	
Télécopieur :	Site Internet :		
Responsabilités/Service : ☐ Propriétaire/cadre ☐ Comptes payables ☐ Service-client ☐ Soutien technique (Cocher la boîte appropriée) ☐ Ventes ☐ Achats ☐ Physiothérapeute ☐ Ergothérapeute ☐ Autre : _____			
Adresse commerciale, Ville, Province, Code postal :			

4. Nom du contact :		Titre :	
Téléphone :	Poste :	Adresse courriel :	
Télécopieur :	Site Internet :		
Responsabilités/Service : ☐ Propriétaire/cadre ☐ Comptes payables ☐ Service-client ☐ Soutien technique (Cocher la boîte appropriée) ☐ Ventes ☐ Achats ☐ Physiothérapeute ☐ Ergothérapeute ☐ Autre : _____			
Adresse commerciale, Ville, Province, Code postal :			

5. Nom du contact :		Titre :	
Téléphone :	Poste :	Adresse courriel :	
Télécopieur :	Site Internet :		
Responsabilités/Service : ☐ Propriétaire/cadre ☐ Comptes payables ☐ Service-client ☐ Soutien technique (Cocher la boîte appropriée) ☐ Ventes ☐ Achats ☐ Physiothérapeute ☐ Ergothérapeute ☐ Autre : _____			
Adresse commerciale, Ville, Province, Code postal :			



DEMANDE DE CRÉDIT POUR REVENDEUR (SUITE)

RÉFÉRENCES BANCAIRES

Nom de la banque/succursale :	Téléphone :	Dir. de banque :	No(s). de compte :

***** Veuillez compléter la section suivante en entier *****

INFORMATION SUR VOS ACHATS

Selon votre intérêt envers les produits AMYLIOR noté en page 1, auprès de quels fabricants effectuez-vous vos achats et pourquoi?

Quel pourcentage de votre commerce est consacré à ces produits?

Moyenne des ventes mensuelles : \$	Estimation des ventes annuelles : \$
Estimation des commandes mensuelles chez AMYLIOR	Nombre d'unités :
Aperçu de votre entreprise :	

INFORMATION FINANCIÈRE

Estimation des achats mensuels effectués auprès d'AMYLIOR au cours des 12 prochains mois:	\$
Si les exigences en matière de crédit dépassent 50 000\$, veuillez joindre une copie de votre dernier état financier ou de votre déclaration de revenus et passer à la section suivante.	
Nom du demandeur :	Date de la demande :

MODALITÉS ET CONDITIONS

CONDITIONS DANS LESQUELLES UN COMPTE DE CRÉDIT EST ACCORDÉ:

1. L'entreprise doit exercer ses activités avec AMYLIOR ainsi qu'avec ses clients de façon équitable et honnête.
2. L'entreprise s'engage à fournir un soutien pour les produits AMYLIOR sous forme de promotions avant-vente, de service à la clientèle direct et de suivi après-vente, au besoin. Cela inclut le service fourni par la garantie du produit.
3. L'entreprise est tenue de maintenir son compte en règle dans les conditions convenues.
4. Des achats annuels minimums de 10 000\$ nets du revendeur sont requises pour conserver son compte de crédit.
5. L'entreprise doit respecter les règles et les réglementations décrites par AMYLIOR dans tout document régissant les activités d'AMYLIOR avec ses clients.
6. Conditions sujettes à changer à la discrétion d'AMYLIOR avec préavis écrit.

EN SIGNANT CETTE DEMANDE DE CRÉDIT, L'ENTREPRISE COMPREND ET ACCEPTE CE QUI SUIVIT:

- Si une marge de crédit est approuvée, l'entreprise comprend qu'il y a certaines conditions de crédit qui lui seront attribuées. L'entreprise accepte de payer le compte selon ces conditions.
- L'entreprise comprend qu'AMYLIOR se réserve le droit de suspendre les commandes avant leur mise en production, ainsi que toute expédition en attente, si les factures ne sont pas réglées dans les délais.
- L'entreprise comprend qu'AMYLIOR a le droit de mettre fin aux escomptes secondaires autorisés (le cas échéant) si les conditions de crédit et/ou les exigences de commande minimum ne sont pas respectées.

Signature du demandeur :	Date :
Nom (en lettres moulées) :	Titre :

▼ POUR USAGE INTERNE SEULEMENT ▼

Approbation du service de crédit :	
Numéro de compte :	Date :
Escomptes approuvés :	Conditions approuvées :
Approbation du service des ventes :	Date :