HEAD OFFICE / SIÈGE SOCIAL: P.O. BOX 390 / C.P. 390
GORE BAY, ON, POP 1HO
Ph/Tél: 705-844-1903, Fax/Télécopieur: 705-282-2269

Credit application / Demande de crédit

➲ Business / *Entreprise*

Name of Business: *Nom de l'entreprise:*		
Billing Address: *Adresse de facturation:*		
City: *Ville:*	Prov.:	Code:
Billing Tel. & Fax: *Tél & Télécopieur de facturation:*		
Shipping Address: *Adresse d'expédition:*		
City: *Ville:*	Prov.:	Code:
Shipping Tel.: *Tél d'expédition*:	Fax:	Years in business: *Années en affaires*:
Type of business: *Genre d'entreprise:*		

➲ Ownership Information/*Renseignements sur le(s) propriétaire(s)*

☐ Proprietorship / *Propriétaire*	☐ Partnership / *Partenariat*	☐ *Limited Company / Compagnie Limitée*
Name of proprietor or directors of company / *Nom du propriétaire ou directeurs de l'entreprise:*		
Credit limit requested: **$** *Montant de crédit demandé:*	Accounts Payable Manager: *Gérant des comptes:*	

➲ Banking references / *Références bancaires*

Banking institution: *Nom de votre banque:*	
Branch Address: *Adresse:*	Tel./Tél.:

➲ Credit references / *Références de crédit*

Name / *Nom*	Fax / *Télécopieur*	Tel./Tél.:
1.		
2.		
3.		

➲ E-mailed Invoices / *Factures Par Courriel*

Would you prefer to receive invoices by e-mail? ☐ Yes ☐ No If yes, e-mail address: _____	Préférez-vous recevoir vos factures par courriel? ☐ Oui ☐ Non Si oui, adresse courriel: _____

➲ Acceptance of terms / *Acceptation des conditions*

TERMS: It is hereby agreed that invoices are to be paid on a net 21 days basis. All overdue accounts are subject to a 2% interest charge per month (24%/year)	***CONDITIONS:*** *Il est mutuellement accepté que les factures seront payées dans un délai de 21 jours. Un interêt de 2% par mois sera ajouté aux comptes en souffrance (24% / année).*	
Signature	Title *Titre*	Date