

Date de la demande : _____
AAAA / MM / JJ

S'agit-il d'une nouvelle clinique ? Oui Non

Si non, en affaires depuis : _____
AAAA / MM / JJ

Si oui, date d'ouverture : _____
AAAA / MM / JJ

OU
 Si non, ancien # : _____

* Adresse d'affaires

Nom légal de l'entreprise _____
 Raison sociale (nom de la clinique)** _____
 Nom du vétérinaire responsable _____
 Adresse de l'entreprise _____
 Ville _____
 Province _____ Code postal _____
 Téléphone _____ Télécopieur _____
 Courriel _____ Site Internet _____

Adresse personnelle (identique à l'adresse d'affaires ? Oui Non)

Nom _____
 Adresse _____
 Ville _____
 Province _____ Code postal _____
 Téléphone _____ Télécopieur _____
 Courriel _____
 Enregistré OMVQ Pour usage interne seulement
 Signature _____

**** IMPORTANT** : La raison sociale (nom de la clinique) et les adresses de livraison doivent être enregistrées auprès de votre association professionnelle. Si vous avez d'autres adresses de livraison, veuillez les annexer au présent document.

Langue de correspondance

- Française
 Anglaise

Facturation et correspondance

- À l'adresse d'affaires
 À l'adresse personnelle

** Livraison

- À l'adresse d'affaires
 À l'adresse personnelle

Personnes-ressources

Nom de la personne responsable de vos achats _____
 Nom de la personne responsable de la comptabilité _____
 À qui doivent être dirigées nos publications promotionnelles ? _____
*** Estimation des achats annuels chez CDMV (\$)**
 Est-ce que CDMV sera votre principal distributeur ? _____

* Type d'entreprise

Propriétaire unique
 Nom du propriétaire : _____
 Société professionnelle
 Nom du propriétaire : _____
 Compagnie
 Noms des actionnaires : _____

* Profession du titulaire du compte

Médecin vétérinaire - N° de licence : _____
 Membre ASAQ
 Date d'adhésion (AAAA / MM / JJ) : _____
 Pharmacien - N° de licence : _____
 Responsable d'un organisme ou d'un service...
 Municipal
 Provincial
 Fédéral
 Enseignement ou recherche
 Autre (spécifier) : _____
 Autre profession (spécifier) : _____

Discipline

Petits animaux Grands animaux
 Pratique mixte Enseignement ou recherche
 Autre (spécifier) : _____

Mode de paiement désiré

Chèque
 Carte de crédit : Visa Mastercard
 PPA** - 2 relevés (paiement le 15 et le dernier jour du mois)

** PPA = Paiement par prélèvements automatiques. Un formulaire d'inscription vous sera envoyé. † : Certaines conditions s'appliquent.

Je désire bénéficier de (veuillez cocher 1 seule option) :

Tous les délais de paiement et paiements différés offerts sur les produits vétérinaires
 Délais de paiement et paiements différés offerts sur les produits parasites et vers du cœur seulement
 Aucun délai de paiement ni paiement différé offert sur les produits vétérinaires

* Sections obligatoires

Noms des professionnels pratiquant à votre entreprise

* Pour les organismes gouvernementaux, indiquer le nom du médecin vétérinaire ou du pharmacien responsable

		Associé	Employé	Org. gouvern.*
Nom (en majuscules)	N° de licence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nom (en majuscules)	N° de licence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nom (en majuscules)	N° de licence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Si vous êtes plus de trois professionnels, inscrivez les renseignements exigés ci-dessus en annexe.)

Renseignements bancaires

Nom de votre banque ou de votre institution financière		Numéro de compte	
Adresse			
Ville	Province	Code postal	
Téléphone	Télécopieur		
Nom du Directeur ou de la personne-ressource			

Références de crédit (Trois noms de fournisseurs importants. Non exigés pour les organismes gouvernementaux.)

Nom	Téléphone
Nom	Téléphone
Nom	Téléphone

Possédez-vous un n° de permis de taxes provinciales ? Oui* Non

***Si oui, vous devez joindre une copie de votre formulaire d'exemption de taxe dûment rempli et signé.**

Veuillez nous aviser par écrit de tout changement à votre compte (noms, adresses, renseignements bancaires et autres).

Déclaration (à remplir obligatoirement)

Nous nous engageons à acquitter toutes les factures selon les termes spécifiés sur ces dernières. À défaut, nous acceptons de payer des frais d'administration de 1,5 % par mois (18 % par année) sur tout solde en souffrance. Nous reconnaissons que la marchandise achetée chez CDMV inc. demeure l'entière propriété de cette dernière jusqu'au règlement complet des factures. Nous certifions que les renseignements ci-haut mentionnés sont exacts et que nous sommes dûment autorisés à signer ce document. De plus, nous autorisons expressément CDMV inc. à obtenir tous les renseignements nécessaires concernant notre crédit auprès des institutions financières, des fournisseurs ou toute autre partie reliée à la présente demande, pour l'ouverture de notre compte ainsi qu'en tout temps par la suite.

Nom (en majuscules)

Signature du requérant (Les deux parties reconnaissent la validité d'une signature télécopiée au même titre qu'une signature originale.)

Titre du signataire

Date

Veuillez **télécopier ce formulaire dûment rempli et signé** au 1 800 363-3134 **ou par courriel** à : account.info@CDMV.com

IMPORTANT : Veuillez allouer une période minimale de 5 jours ouvrables pour l'étude de votre dossier.