



Ouverture de compte

Programme d'achats exclusif pour le personnel d'établissements vétérinaires

Date de la demande (AAAA/ MM/ JJ) : _____

Adresse de votre établissement vétérinaire affilié (votre commande sera obligatoirement livrée à cette adresse)

N° de compte CDMV :

Adresse :

Nom légal de l'entreprise :

Ville :

Raison sociale :

Province :

Code postal :

N° téléphone :

N° télécopieur :

Courriel :

Site web :

Adresse personnelle (à compléter obligatoirement)

Nom :

Prénom :

Adresse :

N° téléphone :

N° télécopieur :

Ville :

Courriel :

Province :

Code postal :

Vous êtes :

Gestionnaire

Réceptionniste

Support administratif

Technicien ou technicienne / N° de membre : _____

AAAHT

ATSAQ

EVTA

OAVT

Autre, spécifiez : _____

Vétérinaire / N° de membre : _____

ABVMA

CVO

OMVQ

NSVMA

Autre, spécifiez : _____

Autre, spécifiez : _____

Paiement par carte de crédit seulement – Seules les cartes Visa^{MD} et Mastercard^{MD} sont acceptées.

Lors de votre première commande en ligne au **www.cdmv.com**, votre numéro de carte de crédit vous sera demandé.

Seules les commandes Web sont admissibles.

Détenez-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.

Langue de correspondance : Français Anglais

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

Déclaration du requérant (à compléter obligatoirement)

Consentement

J'autorise CDMV inc. à partager certains renseignements personnels me concernant, notamment ceux relatifs à mes achats de produits au manufacturier ainsi qu'au vétérinaire propriétaire de mon établissement vétérinaire affilié. Ces renseignements seront utilisés, partagés et conservés conformément à la Politique de protection des renseignements personnels de CDMV.

Je m'engage à acquitter toutes les factures selon les termes spécifiés sur ces dernières. À défaut, j'accepte de payer des frais d'administration de 1,5 % par mois (18 % par année) sur tout solde en souffrance. Je reconnais que la marchandise achetée chez CDMV inc. demeure l'entière propriété de cette dernière jusqu'au règlement complet des factures. Je certifie que les renseignements ci-haut mentionnés sont exacts et que je suis dûment autorisé(e) à signer ce document. De plus, j'autorise expressément CDMV inc. à obtenir tous les renseignements nécessaires concernant mon crédit auprès des institutions financières, des fournisseurs ou toute autre partie reliée à la présente demande, pour l'ouverture de mon 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)

Date (AAAA/ MM/ JJ)

Déclaration de responsabilité

J'atteste que je respecterai la limite d'achat de nourriture qui s'applique et que mes achats ne serviront qu'à la consommation de mes propres animaux seulement. Je m'engage à consulter un vétérinaire praticien qui me conseillera sur le soin de mes animaux et sur la meilleure alimentation à leur fournir. Je reconnais que la santé et le bien-être de mes animaux sont de ma responsabilité personnelle, en consultation avec mon vétérinaire praticien, et que CDMV inc. ne peut en être tenu responsable. Dans le cas où je ne serais plus un employé de mon établissement vétérinaire affilié, je m'engage à aviser CDMV inc. par courriel à account.info@cdmv.com.

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

Date (AAAA/ MM/ JJ)

Déclaration du vétérinaire propriétaire (à compléter obligatoirement)

J'approuve que la personne ci-haut mentionnée effectue des achats chez CDMV inc. dans le cadre du programme d'achats exclusif et j'accepte que ses achats soient livrés à mon établissement vétérinaire. Dans le cas où cette personne ne serait plus un employé de mon établissement vétérinaire, je m'engage à aviser CDMV inc. par courriel à account.info@cdmv.com.

Nom (en majuscules)

N° de license

Signature du vétérinaire propriétaire
(les deux parties reconnaissent la validité d'une signature télécopiée
au même titre qu'une signature originale)

Date (AAAA/ MM/ JJ)

**Veillez retourner ce formulaire dûment rempli par courriel à account.info@cdmv.com
ou par télécopieur au 1 800 363-3134.**

Important : Veuillez prévoir un maximum de cinq jours ouvrables pour l'étude de votre dossier.