

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

 Ouverture de compte Mise à jourS'agit-il d'une nouvelle clinique? Oui Non

Si oui, date d'ouverture : (AAAA-MM-JJ) _____

Si non, en affaires depuis : (AAAA-MM-JJ) _____ Ou, N° de compte : _____

Section 1 : Adresses

Adresse de livraison

Nom légal de l'entreprise _____

Raison sociale (nom de la clinique)* _____

Nom du médecin vétérinaire responsable _____

Adresse de l'entreprise _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone _____ Site Web _____

Courriel _____

Adresse de facturation (identique à l'adresse de livraison)

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

Ville _____

Province _____ Code postal _____

Téléphone _____

Courriel _____

Langue de correspondance : Français Anglais

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

Je confirme que la raison sociale (nom de la clinique) et les adresses de livraison sont enregistrées auprès de mon ordre professionnel.

Section 2 : Personnes-ressources

Nom de la personne responsable des achats _____ Téléphone _____ Courriel _____

Nom de la personne responsable de la comptabilité _____ Téléphone _____ Courriel _____

CDMV sera-t-il votre principal distributeur? Oui Non Estimation du montant annuel des achats : _____

Section 3 : Type d'entreprise

 Propriétaire unique Nom du propriétaire : _____ Société professionnelle Nom du propriétaire : _____ Compagnie Noms des actionnaires : _____Type de compte : Établissement vétérinaire Service vétérinaire mobile Compte personnel vétérinaire Institution d'enseignement et de recherche Refuge Agence gouvernementale Laboratoire Autres : _____Discipline : Petits animaux Pratique mixte Grands animaux Équin Autres : _____

Section 4 : Profession du titulaire du compte

 Médecin vétérinaire Membre ASAQ Pharmacien Autre profession

N° de licence : _____ Date d'adhésion : _____ N° de licence : _____ Spécifier : _____

Section 5 : Mode de paiement

Mode de paiement désiré

 TFE (Transfert de fonds électronique). Veuillez vous assurer d'ajouter CDMV comme bénéficiaire auprès de votre institution financière. Carte de crédit à la transaction (commandes en ligne seulement) : Visa Mastercard PPA (Paiement par prélèvement automatique) : Deux relevés (paiements : le 15 et le dernier jour du mois).

Un formulaire d'inscription vous sera envoyé. Certaines conditions s'appliquent.

Section 6 : Délai de paiement

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

- Tous les délais de paiements différés offerts par les fournisseurs.
 Paiements différés sur les produits antiparasitaires uniquement.
 Aucun délai de paiement différé.

Section 7 : Noms des professionnels pratiquant au sein de votre établissement

Veuillez indiquer les noms des professionnels responsables des achats de médicaments et de substances contrôlées.

Nom (en majuscules)

N° de licence

Nom (en majuscules)

N° de licence

Nom (en majuscules)

N° de licence

Si vous êtes plus de trois professionnels, veuillez inscrire, sur une autre feuille, les renseignements pour chaque personne additionnelle et la joindre à la présente.

Nouveaux clients

Section 8 : Renseignements bancaires

Nom de votre institution financière

N° de compte

Adresse

Ville

Province

Code postal

Téléphone

Nom du directeur ou de la personne-ressource

Adresse courriel

Section 9 : Références de crédit

Veuillez lister les noms de trois fournisseurs importants. (Non exigé pour les organismes gouvernementaux)

Nom

Téléphone

Nom

Téléphone

Nom

Téléphone

Possédez-vous un permis d'exemption de taxes? Oui Non

Si oui, veuillez joindre une copie de votre formulaire d'exemption de taxes dûment rempli et signé.

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

Section 10 : Déclaration

Nous nous engageons à acquitter toutes les factures selon les termes spécifiés sur ces dernières. À défaut de le faire, 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 de toute autre partie reliée à la présente demande, pour l'ouverture de notre compte ainsi qu'en tout temps par la suite.

Signature du professionnel titulaire du compte (Les deux parties reconnaissent la validité d'une signature numérique au même titre qu'une signature originale.)

Date (AAAA-MM-JJ)

Nom (en majuscules)

Titre du signataire

Veuillez retourner ce formulaire dûment rempli et signé à : account.info@CDMV.com ou par télécopieur au 1 800 363-3134. Une confirmation vous sera retournée par courriel une fois votre compte ouvert ou mis à jour.