



TEL: 514-286-9660

FAX: 514-354-2294

DEMANDE D'OUVERTURE DE COMPTE / CREDIT APPLICATION FORM

Nom:
Name:

Adresse de facturation:
Billing Address:

Adresse de livraison:
Ship to address:

Tel:

Fax:

COURRIEL:
E-MAIL:

USA CUSTOMERS FIN OR TAX
EXEMPT NO:

Crédit demandé:
Amount requested:

Propriétaire(s) :
Owner(s) :

Président:
President:

Comptes Payables:
Accounts Payables:

Acheteur:
Buyer:

RÉFÉRENCES / REFERENCES

Nom de compagnie:
Company name:

Tel:

Fax:

Nom de compagnie:
Company name:

Tel:

Fax:

Nom de compagnie:
Company name:

Tel:

Fax:

Nom de compagnie:
Company name:

Tel:

Fax:

INFORMATION BANQUAIRE / BANK INFORMATION

Nom de l' institution bancaires:
Name of bank:

Nom a contacté:
Contact name:

Adresse:
Address:

Tel:

Fax:

J'autorise les individus/compagnies mentionnés dans les sections no. 2 et no. 3 à soumettre les informations requis à Fusion TG Canada ou à son représentant pour pouvoir allouer le crédit demander.

I hereby authorize any of those individuals/companies listed in section 2 &/or 3 to provide Fusion TG Canada or its Representatives with information necessary to consider granting us a credit limit.

Nom / Name: _____

Titre / Title: _____