



## Ouverture/Modification fiche client

No.	FRM-ADM-029	Révision	1
Page	1 de 3	Date d'application	28/05/2020

Date de la demande:

Ouverture de compte client

Modification client existant

Numéro de NEQ

Numéro de TPS

Numéro de TVQ

# D U N S

Devises

CAD

USD

Depuis combien d'années en affaires

Nombre d'employés

### Adresse Générale

Nom de l'entreprise

Adresse

Ville

Province

Code postal

Pays

No. téléphone

No. Fax

Site web

### Adresse de facturation

Nom de l'entreprise

Adresse

Ville

Province

Code postal

Pays

No. téléphone

No. Fax

### Adresse d'expédition

Nom de l'entreprise

Côchez si même que celle de la facturation

Adresse

Ville

Province

Code postal

Pays

No. téléphone

No. Fax

### Comptes payables

Personne responsable des comptes payables

# Tél

Adresse courriel

# Fax

## Achats

Personne responsable des achats

# Tél

Adresse courriel

# Fax

## Envoi des factures

Adresse courriel pour l'envoi des factures

## Notes spécifiques du client

Transport

Numéro de compte chez votre transporteur

Nom du courtier en douane et # de téléphone

**\*SANS CES RENSEIGNEMENTS LES COMMANDES SERONT EXPÉDIÉES SUR NOTRE COMPTE ET LES FRAIS DE TRANSPORT VOUS SERONT FACTURÉS\***

Votre entreprise est-elle membre d'un programme de sécurité certifié par l'OMD (Organisation mondiale des douanes) qui est équivalent au C-TPAT ou au PEP/PIP?

Oui

Non

Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants

Nom de l'organisation

Date de la certification

## Cochez votre principal secteur d'activité

Alimentaire

Embouteillage

Pharmaceutique

Distribution

Industriel

Intégrateur

## Information Bancaire

Nom de l'Institution bancaire

Votre directeur de compte

Adresse

Ville

Province

Code postal

Pays

# Tél

# Fax

# Compte

## Références fournisseurs

Nom	Adresse	Ville
Province	Code postal	Pays
<i>Pour l'usage de Trio Pac</i>		

Nom	Adresse	Ville
Province	Code postal	Pays
<i>Pour l'usage de Trio Pac</i>		

Nom	Adresse	Ville
Province	Code postal	Pays
<i>Pour l'usage de Trio Pac</i>		

## Déclaration

Nous autorisons par la présente la compagnie Trio Pac Inc. à recueillir les renseignements pouvant lui être nécessaires pour procéder à une enquête sur notre solvabilité. Si un compte courant nous est accordé, nous consentons à le régler dans les termes accordés par Trio Pac Inc. suivant la date de facturation ou d'établissement du relevé. Nous confirmons avoir compris qu'à défaut de fournir les renseignements sur le transport de la commande, les frais de transport seront ajoutés à la facture.

Nom \_\_\_\_\_ Titre \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à contacter Maria Gagliardi

[compterecevable@triopac.com](mailto:compterecevable@triopac.com)

514 733-7793 poste 251

### ***Réservé à l'administration de Trio Pac Inc.***

<i># de compte client Genius</i>	<i>Date</i>
<i>Taux D-U-N-S</i>	<i>Limite de crédit</i>
<i>Termes de paiement</i>	<i>Carte de crédit</i>
<i>Autres</i>	<i>Fiche Genius</i>
<i>SAGE</i>	<i>Procédé par</i>