



2905, Rue De Celles Suite 102
 Québec, (Qc) G2C 1W7
 Tél : 418-667-2004 Fax : 418-667-9997
 Sans frais Tél: 1-888-467-2004 Fax: 1-888-467-9997
sac@distributionplusplus.ca

DEMANDE D'OUVERTURE DE COMPTE

SECTION RÉSERVÉE À L'ADMINISTRATION DE DISTRIBUTION PHARMAPLUS		
<i>No. client:</i>	<i>Date ouverture:</i>	
<i>Utilisateur:</i>	<i>Mot passe:</i>	<i>Représentant:</i>

INFORMATION PARTICULIÈRE CONCERNANT L'ENTREPRISE	
<i>Nom légal de l'entreprise (Officine):</i>	
<i>Bannière:</i>	
<i>No TVQ: _____</i>	<i>No TPS: _____</i>

ADRESSE DE LIVRAISON	ADRESSE DE L'ADMINISTRATION : (MÊME ____ AUTRE ____)
<i>No, Rue</i>	<i>No, Rue</i>
<i>Ville (province):</i>	<i>Ville (province):</i>
<i>Code postal:</i>	<i>Code postal:</i>
<i>Personne responsable des achats:</i>	<i>Personne responsable comptabilité:</i>
<i>N° téléphone:</i>	<i>N° téléphone:</i>
<i>N° Télécopieur:</i>	<i>N° Télécopieur:</i>
<i>Courriel:</i>	<i>Courriel:</i>

NOM DU OU DES PROPRIÉTAIRES	
<i>Nom:</i>	<i>Nom:</i>
<i>No, Rue</i>	<i>No, Rue</i>
<i>Ville (province):</i>	<i>Ville (province):</i>
<i>Code postal:</i>	<i>Code postal:</i>
<i>N° téléphone:</i>	<i>N° téléphone:</i>
<i>Courriel:</i>	<i>Courriel:</i>

COURRIEL À UTILISER POUR LES RAPPELS	COURRIEL POUR LA GESTION DU SITE TRANSACTIONNEL
<i>Courriel:</i>	<i>Courriel:</i>

NOM, SIGNATURE ET NUMÉRO DE LICENCE DU (DES) PHARMACIENS		
<i>Nom:</i>	<i>Signature:</i>	<i>N° licence</i>
<i>Nom:</i>	<i>Signature:</i>	<i>N° licence</i>
<i>Nom:</i>	<i>Signature:</i>	<i>N° licence</i>

RÉFÉRENCES COMMERCIALES	
<i>Nom:</i>	<i>Nom:</i>
<i>N° téléphone:</i>	<i>N° téléphone:</i>
<i>Depuis quand:</i>	<i>Depuis quand:</i>
<i>Personne contact:</i>	<i>Personne contact:</i>

RÉFÉRENCES

En affaire depuis combien de temps?

Place d'affaires: propriétaire ou locataire

Nom du locateur :

Téléphone:

RÉFÉRENCES BANCAIRES

Ne pas oublier de joindre une copie de spécimen de chèque avec le formulaire PPA

Nom de l'institution bancaire

Adresse (rue, ville, province, code postal)

Personne contact:

Téléphone:

No Transit:

No Institution

No folio

DROIT DE PROPRIÉTÉ

Distribution Pharmaplus Inc. Conserve le titre de propriété sur les marchandises jusqu'à ce qu'il reçoive le paiement intégral conformément aux modalités de paiement accordées.

RETOUR DE MARCHANDISES

Le retour de marchandises et l'acceptation de celle-ci par Distribution Pharmaplus inc. sont régis et seront effectués en conformité avec ses politiques en communiquant avec le service à la clientèle au 1-888-467-2004.

ENVOIS ENDOMMAGÉS OU INCOMPLETS

Toute réclamation relative à des envois incomplets, des avaries et des pertes subies pendant le transport doit être clairement indiqués sur le bon de livraison de la compagnie de transport lors de la réception des marchandises sinon aucune réclamation ne sera possible. Toute réclamation doit être signalée au service à la clientèle au 1-888-467-2004 dans un délai de 48h suivant la réception de la commande.

TERME ET CONDITIONS DE L'ENTENTE DE CRÉDIT ET DROIT DE PROPRIÉTÉ

Modalité de paiements:

2%/30 net 45 jours, NET 30 jours pour les produits dans la marge bénéficiaire du grossiste est de 39\$

Retard de paiement:

Toute somme demeurant impayée à compter du 45ème jour suivant la date de facturation portera intérêt au taux de 2% par mois

Paiement sans provision:

Tout chèque ou PPA sans provision entraînera une facturation de pénalité de 40,00\$

Droit de propriété:

Distribution Pharmaplus Inc. conserve le titre de propriété sur les marchandises jusqu'à ce qu'il reçoive le paiement intégral conformément aux modalités de paiement accordées.

MODE DE PAIEMENT

Joindre le formulaire PPA ET une copie de spécimen de chèque

CONSENTEMENT (ESSENTIEL A L'OUVERTURE DE COMPTE)

Je/nous soussigné(s), consens(tons) à **Distribution Pharmaplus inc.** de procéder à une vérification de solvabilité. Le demandeur confirme par la présente que les renseignements figurants dans cette demande sont véridiques et exacts et qu'un dirigeant autorisé de l'entreprise vous avisera par écrit de tout changement important.

Je/nous consens(tons) et j'autorise/nous autorisons, par la présente, **Distribution Pharmaplus inc.** à obtenir et à consulter des renseignements personnels sur mon ou nos dossiers de crédits auprès des différentes institutions financières et auprès des différents fournisseurs faisant affaire avec moi/nous.

Signé à : _____, le _____
Ville, Province jour mois Année

Signature autorisé (Propriétaire)

Représentante DP+

Signature autorisé (Propriétaire)

Chef de Crédit DP+