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

DEMANDE D'OUVERTURE DE COMPTE

date effective souhaitée: _____

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

ADRESSE DE LIVRAISON	ADRESSE DE L'ADMINISTRATION : (MÊME ____ AUTRE ____)
No, Rue	No, Rue
Ville (province):	Ville (province):
Code postal:	Code postal:
Responsable des achats:	Responsable comptabilité:
N° téléphone:	N° téléphone:
N° Télécopieur:	N° Télécopieur:
Courriel:	Courriel:

NOM DU OU DES PROPRIÉTAIRES	
Nom:	Nom:
Adresse:	Adresse:
N° téléphone:	N° téléphone:
Courriel:	Courriel:
Nom:	Nom:
Adresse:	Adresse:
N° téléphone:	N° téléphone:
Courriel:	Courriel:

COURRIEL À UTILISER POUR LES RAPPELS	COURRIEL POUR LA GESTION DU SITE TRANSACTIONNEL
Courriel:	Courriel:

Je désire rester à l'affût des dernières nouvelles grâce à l'infolettre mensuelle grâce au courriel ci-dessus: ☐

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

RÉFÉRENCES COMMERCIALES *(sauf McKesson)*	
Nom:	Nom:
N° téléphone:	N° téléphone:
Depuis quand:	Depuis quand:
Personne contact:	Personne contact:

SECTION RÉSERVÉE À L'ADMINISTRATION DE DISTRIBUTION PHARMAPLUS		
No. client:	*Date d'ouverture:*	*Représentant:*

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

RETOUR DE MARCHANDISES

Le retour de marchandises et l'acceptation de celle-ci par Distribution Pharmaplus inc. sont régis et seront effectuées 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 sur les RX innovateurs et génériques avec marge à 6.5%, NET 30 jours pour tous les autres produits incluant les narcotiques. Les prélèvements se feront chaque vendredi.

Retard de paiement:

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

Paiement sans provision:

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

Réserve de propriété:

Distribution Pharmaplus Inc. demeure et demeurera propriétaire des marchandises vendues à l'Entreprise, capital, intérêts et frais, et ce malgré tout délai consenti à l'Entreprise par Distribution Pharmaplus Inc. ou par effet de la loi. L'Entreprise reconnaît par conséquent que le transfert du droit de propriété n'aura pas lieu lors de la livraison des marchandises vendues, mais seulement lorsque les sommes dues en regard de chacune des différentes factures émises ou à être émises par Distribution Pharmaplus Inc. lui auront été entièrement payées. La réserve de propriété porte sur l'universalité des marchandises vendues ou distribuées par, ou pour le compte, de Distributions Pharmaplus Inc. à l'Entreprise, et toutes les marchandises acquises en remplacement ou en substitution, de même que sur le produit de la vente des marchandises vendues, incluant également tout bien utilisé pour leur emballage ou leur expédition.

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+