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

DEMANDE D'OUVERTURE DE COMPTE

date effective souhaitée: _____

INFORMATION PARTICULIÈRE CONCERNANT L'ENTREPRISE	
Nom légal de l'entreprise:	
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 PERMIS		
Nom:	Signature:	N° permis
Nom:	Signature:	N° permis
Nom:	Signature:	N° permis
Nom:	Signature:	N° permis

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

RÉFÉRENCES

Êtes-vous membre de l'AMVQ? Si oui, veuillez inscrire votre numéro de membre pour validation:

Ou avez-vous entendu parler de nous: AMVQ ☐ Publicité ☐ Collègue ☐ Autre ☐

*** Les numéros de membres AMVQ seront validés auprès de l'Association. Ils donnent doit à des privilèges. N'hésitez pas à les contacter pour en savoir plus.**

RETOUR DE MARCHANDISES

Pour tous les retours, veuillez vous référer aux politiques à même le site web. Des frais peuvent s'appliquer.

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.

MODE DE PAIEMENT

Joindre le formulaire de carte de crédit dûment rempli

CONSENTEMENT (ESSENTIEL A L'OUVERTURE DE COMPTE)

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.

Signé à : _____ , le _____ _____ _____

Ville, Province *jour* *mois* *Année*

_____ _____

Signature autorisé (Propriétaire) Signature autorisé (Propriétaire)

_____ _____

Signature autorisé (Propriétaire) Signature autorisé (Propriétaire)