

À PROPOS DE VOTRE ENTREPRISE						
NOM COMMERCIAL		ADRESSE COMMERCIALE (SIÈGE SOCIAL)		VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL
NOM COMMERCIAL (FAISANT AFFAIRE SOUS LE NOM DE)		ADRESSE POSTALE (SI AUTRE QUE L'ADRESSE COMMERCIALE)		VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL
TÉLÉPHONE	TÉLÉCOPIEUR	ADRESSE DE FACTURATION (SI AUTRE QUE L'ADRESSE COMMERCIALE)		VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL
ADRESSE SITE WEB	ADRESSE COURRIEL	TYPE D'ENTREPRISE/SECTEUR D'ACTIVITÉ	EXEMPT. DE TAXE? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SI OUI, JOINDRE LE CERTIFICAT		N ^o D'EXEMPTION
STATUT JURIDIQUE <input type="checkbox"/> ENTR. INDIVIDUELLE <input type="checkbox"/> CONST. EN SOCIÉTÉ <input type="checkbox"/> SOC. EN NOM COLLECTIF <input type="checkbox"/> FILIALE						
FACTURES / REÇUS						
Factures/Reçus peuvent être envoyés à votre bureau, veuillez remplir ci-bas pour s'inscrire.						
PO REQUIS? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	FORMAT PO (ex. ON-1234)	ADRESSE COURRIEL ENVOI FACTURES:			FRÉQUENCE D'ENVOI DES FACTURES <input type="checkbox"/> QUOT. <input type="checkbox"/> HEBD. <input type="checkbox"/> MENSUELLE	
PERSONNE À CONTACTER AU SUJET DES PAIEMENTS		TÉLÉPHONE	POSTE.	TÉLÉCOPIEUR	ADRESSE COURRIEL	
EMPLOYÉS CLÉS						
NOM AU COMPLET	TITRE	ADRESSE COURRIEL	AUTHORISÉ AUX ACHATS? <input type="checkbox"/> OUI (TOUT) <input type="checkbox"/> OUI LIVRAISON SEULEMENT <input type="checkbox"/> NON		TÉLÉPHONE	
NOM AU COMPLET	TITRE	ADRESSE COURRIEL	AUTHORISÉ AUX ACHATS? <input type="checkbox"/> OUI (TOUT) <input type="checkbox"/> OUI LIVRAISON SEULEMENT <input type="checkbox"/> NON		TÉLÉPHONE	
NOM AU COMPLET	TITRE	ADRESSE COURRIEL	AUTHORISÉ AUX ACHATS? <input type="checkbox"/> OUI (TOUT) <input type="checkbox"/> OUI LIVRAISON SEULEMENT <input type="checkbox"/> NON		TÉLÉPHONE	
NOM AU COMPLET	TITRE	ADRESSE COURRIEL	AUTHORISÉ AUX ACHATS? <input type="checkbox"/> OUI (TOUT) <input type="checkbox"/> OUI LIVRAISON SEULEMENT <input type="checkbox"/> NON		TÉLÉPHONE	
NOM AU COMPLET	TITRE	ADRESSE COURRIEL	AUTHORISÉ AUX ACHATS? <input type="checkbox"/> OUI (TOUT) <input type="checkbox"/> OUI LIVRAISON SEULEMENT <input type="checkbox"/> NON		TÉLÉPHONE	
NOM AU COMPLET	TITRE	ADRESSE COURRIEL	AUTHORISÉ AUX ACHATS? <input type="checkbox"/> OUI (TOUT) <input type="checkbox"/> OUI LIVRAISON SEULEMENT <input type="checkbox"/> NON		TÉLÉPHONE	
ENTENTE P.A.L.L.						
Les parties ont exigé que la présente entente et tout document connexe soient rédigés en français. An English version is available upon request.						
Conditions: Le soussigné a lu, comprend et accepte toutes les conditions supplémentaires de la présente entente énoncées dans les modalités de ventes qui sont disponibles à www.morinsupply.ca .						
Toutes les taxes s'appliquent, à moins qu'un certificat d'exemption ait été fourni conformément aux règlements actuels.						
Nom en lettres moulées		Signature				

Veillez transférer le formulaire d'application C.O.D. complété à l'attention de:

Comptes à recevoir
613-224-9980
613-224-7122 (fax)
a_r@morinsupply.ca