



**VIANDEX** INC.

Téléphone : (418) 681-2482

Sans Frais : 1-800-463-2482

Télécopieur : (418) 681-0972

**Demande de crédit – Convention de vente**

Nom du commerce : \_\_\_\_\_  Inc.  Ltée.  Enr.

Adresse de facturation : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

No. de téléphone : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ No. de télécopieur : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

Nom de la responsable de la comptabilité : \_\_\_\_\_

Adresse de livraison : \_\_\_\_\_

No. de téléphone : \_\_\_\_\_ Autre(s) Nom(s) Utilisé(s) : \_\_\_\_\_

**Nom du/des propriétaire(s) ou actionnaire(s)**

Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ No. Assurance-sociale : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_ Propriétaire ou Actionnaire : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ No. Assurance-sociale : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_ Propriétaire ou Actionnaire : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Nom de l'institution financière : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ No. compte : \_\_\_\_\_

Êtes-vous propriétaire ou locataire de l'immeuble ou local : \_\_\_\_\_

**RÉFÉRENCES COMMERCIALES**

Nom de fournisseur : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Nom de fournisseur : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

**CONDITIONS DE VENTE :**

1. *Viandex inc.* conserve son droit de propriété sur les marchandises vendues et livrées au détaillant jusqu'au paiement complet.
2. Les conditions de paiement seront déterminées par le service de crédit et sont sujettes à changement si celles-ci ne sont pas respectées.
3. Le crédit à l'égard du client pourrait être arrêté dès que le délai de paiement est écoulé.
4. Des frais d'administration de 50.00 \$ seront facturés pour tout chèque sans provision.
5. Le client s'engage à payer un montant équivalent à 20% de tout solde dû en capital et intérêt, dès que le compte est confié à un avocat pour collection.
6. Le client s'accepte de payer un intérêt au taux de 2% par mois (26.82% l'an) sur tout compte passé dû.
7. Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ (et au nom de \_\_\_\_\_) : (a) atteste que l'information précitée est exacte et complète; (b) en retournant ce document complété; autorise son utilisation par *viandex inc.* afin de permettre une vérification de références de crédit, lorsque nécessaire, à mon sujet (et celui de \_\_\_\_\_) et par conséquent, autorise également *Viandex inc.* à fournir, vérifier et partager des renseignements de crédit et toute autre information personnelle à mon égard (et celui de \_\_\_\_\_) auprès de prêteurs, bureaux/agences de crédit, compagnie d'assurances, et tout autre personne/firme autorisée ou légalement avec laquelle je transige dans le but d'établir mon dossier de crédit (et celui de \_\_\_\_\_).

J'ai lu et j'accepte les conditions de paiement ci-énoncées.

Signé : \_\_\_\_\_ Titre : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**Afin de procéder à l'ouverture de compte, le présent formulaire doit être entièrement complété et dûment signé par une personne autorisé.**

**Caution :**

**Avis :** En signant le présent cautionnement, vous devenez responsable de toutes les obligations du débiteur mentionné ci-haut en rapport au crédit accordé par *Viandex inc.* et renoncez au bénéfice de division et discussion, déclarant que le cautionnement donné s'appliquera même si vous n'occupez plus ou n'avez pas occupé de poste d'officier dans la compagnie (client).

Nom de la compagnie : \_\_\_\_\_ (Débiteur)

Par la présente, je, soussigné, garantie le paiement complet sur demande.

Témoin : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

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

**S.V.P VEUILLEZ NOUS RETOURNER LA COPIE ORIGINALE PAR LA POSTE À L'ADRESSE SUIVANTE :  
195, RUE JOLY, QUÉBEC, QUÉBEC G1L 1N7**