



**ACHIEVE MEDICAL INC.**  
770 Lawrence Ave. W.  
Toronto, Ontario, Canada  
M6A 1B8  
Tel. 416-785-7369 Fax. 416-785-5916  
Toll Free. 1-866-752-1363  
www.achievemedicalinc.com  
info@achievemedicalinc.com

**FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENT SUR LE CRÉDIT  
POUR UNE OUVERTURE DE COMPTE**

**IDENTIFICATION :**

Nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

No de téléphone : \_\_\_\_\_ No de télécopieur : \_\_\_\_\_

Type d'entreprise : \_\_\_\_\_ En affaire depuis : \_\_\_\_\_

Entreprises affiliées ( si applicable) : \_\_\_\_\_

Nom (s) du ou des propriétaires, principaux actionnaires, associés  
(es) : \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà déclaré faillite? \_\_\_\_\_ Jugements ou saisies? \_\_\_\_\_

Personne(s) à contacter au sujet des ventes : \_\_\_\_\_ Du crédit : \_\_\_\_\_

No TVQ : \_\_\_\_\_ No TPS : \_\_\_\_\_

**INFORMATIONS POUR LA DEMANDE DE CRÉDIT**

Acahts annuels projetés chez Acheive Médical : \_\_\_\_\_

Montant de crédit demandé : \_\_\_\_\_

**INFORMATIONS BANCAIRES**

Succursale bancaire : \_\_\_\_\_ No de compte : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Responsable du compte : \_\_\_\_\_ No de téléphone : \_\_\_\_\_

**RÉFÉRENCES DE CRÉDIT**

	1	2	3
Nom :			
Adresse :			
Téléphone :			
Contact :			