

Nom	<input type="text"/>	Date	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	NEQ	<input type="text"/>
Ville	<input type="text"/>	Téléphone	<input type="text"/>
Code postal	<input type="text"/>	Province	<input type="text"/>
		Télécopieur	<input type="text"/>

Noms et titres des administrateurs

Nom	<input type="text"/>	Titre	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>	Titre	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>	Titre	<input type="text"/>

Personne contact pour les comptes payables

Adresse courriel	<input type="text"/>	Volume annuel(\$)	<input type="text"/>
Nb d'années en affaire	<input type="text"/>	Genre d'entreprise	<input type="text"/>
Taxe provinciale	<input type="text"/>	Taxe fédérale	<input type="text"/>

Êtes-vous un transporteur ou un logisticien pour l'exemption des taxes? ☐ Oui ☐ Non

Informations bancaires

Nom de la banque	<input type="text"/>	Téléphone	<input type="text"/>
Numéro de compte	<input type="text"/>	Télécopieur	<input type="text"/>
Numéro de transit	<input type="text"/>		

Fournisseurs

Nom	<input type="text"/>	Courriel	<input type="text"/>
Téléphone	<input type="text"/>	Télécopieur	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>	Courriel	<input type="text"/>
Téléphone	<input type="text"/>	Télécopieur	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>	Courriel	<input type="text"/>
Téléphone	<input type="text"/>	Télécopieur	<input type="text"/>

S.V.P envoyez votre formulaire à cr@inter-nord.com

Je certifie que les informations ci-dessus sont véridiques. Je m'engage à payer toute balance due dans les 30 jours de la date de la facture et je comprends qu'à défaut de quoi des intérêts au taux de 2 % seront ajoutés à tout solde passé dû. J'autorise par la présente Les Transports Inter-Nord Inc. à obtenir tout rapport de crédit en lien avec ma demande d'ouverture de compte.

Nom complet	<input type="text"/>	Titre	<input type="text"/>
Signature autorisée	<input type="text"/>	Date	<input type="text"/>