

Formulaire de Demande de Crédit

Veuillez compléter ce formulaire et le retourner par télécopieur au : 289-288-4836. Autant que possible nous vous ferons parvenir une réponse par la poste ou télécopieur, en un jour ouvrable après avoir reçu votre demande. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec nous au : 800 665 3327			
ADRESSE DE FACTURATION			
Nom de l'entreprise:			
Adresse Postale:		Ville:	
Province:	Code Postal:	Téléphone:	
Adresse Courriel:		Télécopieur:	
ADRESSE DE RÉCEPTION DES MARCHANDISES			
Nom de l'Entreprise:			
Adresse:		Ville:	
Province:	Code Postal:	Téléphone:	
Personne Responsable:		Télécopieur:	
STATUT DE L'ENTREPRISE			
Entreprise Individuelle	Partenariat	Société	Autre
Ergo./Physio. Licencié?	No:	No RAMQ:	Province:
GENRE D'ENTREPRISE			
P & O	DME	Entrepreneur	
École	Institution Médicale	Autre:	
<i>SI P&O EST SÉLECTIONNÉ, VEUILLEZ COMPLÉTER LES DEUX LIGNES SUIVANTES:</i>			
Nom et License du Praticien CCCPO:			
Qualifié pour Myo	Qualifié pour C-Leg/Genium	Qualifié pour Harmony Syst.	
Intérêt(s)Particulié(s); Prothèses : Orthèses : Mobilité : Sièges et Positionnement : Orthèses Souples :			
PROPRIÉTAIRES			
Nom:			
No D'assurance Sociale (Si autre qu'une Société):			
Nombre d'Années en Affaires:			
COMPTES PAYABLES			
Personne Responsable:			
Titre:		Téléphone:	
INFORMATION BANCAIRE- j'autorise Otto Bock pour obtenir un crédit référence sur moi/société			
Nom de l'Institution Financière:			
Adresse:		No de Compte :	
Représentant :		Téléphone:	Télécopieur:
RÉFFÉRENCES DE CRÉDIT - J'autorise Otto Bock pour obtenir un crédit référence sur moi/société			
Nom:		Nom:	
Adresse:		Adresse:	
Ville, Province:		Ville, Province:	
Code Postal:	No de Compte:	Code Postal:	No de Compte:
Tél:	Télécopieur:	Tél:	Télécopieur:
VOTRE SIGNATURE:			