



DEMANDE D'OUVERTURE DE COMPTE

Télécopieur : (514) 337-2060 / (866) 964-2060

371 Deslauriers, St-Laurent, Qc H4N 1W2 Tél: (514) 337-2943 / (866) 678-8870 - courriel: ouvrecompte@essilor.ca

CONFIDENTIEL

CHOISIR UN LABORATOIRE

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ariès Optical | <input type="checkbox"/> KW Optical | <input type="checkbox"/> Pioneer Optical |
| <input type="checkbox"/> Groupe Vision Optique | <input type="checkbox"/> OPSG | <input type="checkbox"/> R&R Optical Lab |
| <input type="checkbox"/> Eastern Optical | <input type="checkbox"/> Optique de l'Estrie | <input type="checkbox"/> Stock Club / RX Club |
| <input type="checkbox"/> Essilor | <input type="checkbox"/> Optique Lison | <input type="checkbox"/> Essilor Source |
| <input type="checkbox"/> Essilor-Instrument Div. | <input type="checkbox"/> Perspectives Lab | <input type="checkbox"/> VisionStyle |

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Nom du "Requérant" (Prénom, Nom)		S.I.N	Date de naissance AAAA/MM/J
Adresse Résidentielle du Requérant # Suite, Rue		Ville	Province Code Postal
Nom Légal "Compagnie"		Nom Commercial	
Organisation de la "Compagnie" ___ Propriétaire Unique ___ Associés ___ Compagnie		Genre de "Compagnie" ___ O.D ___ Opticien ___ Sécurité	
Nb année en affaire	Nb année à cet endroit	Numéro de TVP/TVQ	
Adresse de Facturation # Suite, Rue		Ville	Province Code Postal
Adresse de Livraison # Suite, Rue		Ville	Province Code Postal
Téléphone Général	Téléphone Comptabilité	Télécopieur: Fax commandes (s'il y a lieu):	

COMMANDE EN LIGNE

<input type="checkbox"/> Je désire utiliser l'option de commande en ligne	_____ (Jusqu'à 10 caractères) N. d'identifiant
Adresse Courriel	Adresse du site Web

MEMBRE D'UN REGROUPEMENT D'ACHAT

Nom du Regroupement d'Achat	Numéro de membre
-----------------------------	------------------

REFERENCES DE CREDIT

Institution bancaire Nom / Adresse / Téléphone / Télécopieur / Numéro de compte	
1- Laboratoire Nom	Téléphone / Télécopieur / Numéro de compte
2- Autre Fournisseur Lentilles	Téléphone / Télécopieur / Numéro de compte
3- Autre Fournisseur Lentilles	Téléphone / Télécopieur / Numéro de compte

SIGNATURE ET CONSENTEMENT

Afin d'obtenir du crédit d'Essilor Groupe Canada Inc. et ses affiliées ci-après désigné comme "Essilor", le Requérant et la Compagnie font les déclarations susmentionnées. Le Requérant et la Compagnie certifient que tous les renseignements sont exacts et complets au meilleur de leur connaissance. Le Requérant confirme par les présentes qu'il se porte caution conjointement et solidairement, de toutes les obligations de la Compagnie envers Essilor en vertu de la présente demande. Le Requérant renonce expressément à tout bénéfice de division et de discussion qui pourrait exister en sa faveur. De plus, le Requérant et la Compagnie autorisent Essilor ou son cessionnaire à obtenir ou échanger des renseignements personnels aux fins d'établir ou de vérifier leur situation financière. Si la présente demande est acceptée, le Requérant et la Compagnie s'engagent à payer tous leurs achats selon les termes établis avec Essilor ou un de ses représentants. De plus, ils s'engagent à payer des frais de service mensuels de 1.5% par mois (18%/année) sur toutes sommes non versées de plus de 30 jours après la date de facturation. Le Requérant et la Compagnie certifient qu'ils ont lu ce qui précède, qu'ils sont d'accord et qu'ils signent:

_____ Signature du Requérant	_____ Date	_____ Signature de la Compagnie (Dirigeant de votre compagnie)	_____ Date
---------------------------------	---------------	--	---------------