



645 rue Belfast, Condo #2
Ottawa, Ontario, K1G 0Z4
(613) 244-0030
(800) 267-7707 Sans Frais
(613) 244-6768 Fax
(800) 523-5210 Fax Sans Frais
Site web: www.airfast.ca
Email: info@airfast.ca

Raison Sociale: _____
Adresse de facturation: _____
Ville: _____ Province: _____ Code postal: _____ Tél: (____)-____-_____
Contact/payables: _____ Fax: (____)-____-_____

Proprio: _____ Proprio: _____
Adresse: _____ Adresse: _____
Ville: _____ C.P.: _____ Ville: _____ C.P.: _____
Tél: (____)-____-_____ Tél: (____)-____-_____

Si basé en Ontario, S.V.P. compléter et remettre le formulaire d'exemption de
Taxe provinciale.

Combien d'années en affaires? _____ Combien d'années à votre location présente? _____
Combien d'employés compte votre entreprise? _____ (en incluant le propriétaire)
De quel type est votre clientèle? _____

S.V.P. nous fournir 3 références de crédit (il est important d'inclure les numéros de fax):

Fournisseur: _____ Contact: _____
Tél: (____)-____-_____ Fax: (____)-____-_____

Fournisseur: _____ Contact: _____
Tél: (____)-____-_____ Fax: (____)-____-_____

Fournisseur: _____ Contact: _____
Tél: (____)-____-_____ Fax: (____)-____-_____

Votre institution bancaire: _____
Adresse: _____ Ville: _____ Prov.: _____
Contact: _____ Tél: (____)-____-_____



645 rue Belfast, Condo #2
Ottawa, Ontario, K1G 0Z4
(613) 244-0030
(800) 267-7707 Sans Frais
(613) 244-6768 Fax
(800) 523-5210 Fax Sans Frais
Site web: www.airfast.ca
Email: info@airfast.ca

Nous allons poster vos factures.

Désirez-vous un état de compte à la fin de chaque mois? [] oui [] non

Quelle est la limite de crédit que vous désirez? \$ _____

Quels sont vos termes de paiement?	<input type="checkbox"/> Net 30 jours de la date de la facture <input type="checkbox"/> Net 45 jours de la date de la facture <input type="checkbox"/> Le 25 du mois suivant <input type="checkbox"/> Autre _____
------------------------------------	--

Qui place les commandes?

Nom: _____ Tél: _____ Fax: _____
 Nom: _____ Tél: _____ Fax: _____
 Nom: _____ Tél: _____ Fax: _____

Qui est autorisé à ramasser les commandes?

Nom: _____
 Nom: _____
 Nom: _____

Adresse d'expédition: _____
 _____ Ville: _____ Prov.: _____
 C.P.: _____ Contact: _____
 Tél: (____)-____-____ Fax: (____)-____-____