

INFORMATION SUR LA COMPAGNIE

Nom légal	_____	Téléphone	_____
Adresse	_____	Télécopieur	_____
	_____	En affaires depuis	_____
Code postal	_____	Contact	_____
Site web/E-mail	_____	Titre	_____

INFORMATION BANCAIRE

Nom de l'Institution	_____	Téléphone	_____
Contact	_____	Télécopieur	_____

REFERENCES DE 3 PRINCIPAUX FOURNISSEURS (AUTRES QUE LE DOMAINE DENTAIRE)

Compagnie	_____	Téléphone	_____
Contact	_____	<u>Télécopieur</u>	_____
Compagnie	_____	Téléphone	_____
Contact	_____	<u>Télécopieur</u>	_____
Compagnie	_____	Téléphone	_____
Contact	_____	<u>Télécopieur</u>	_____

AUTORISATION

Je, soussigné, est un représentant dûment autorisé de la compagnie ci haut. J'accepte que le paiement complet de mon compte chez BEGO soit dû et payable 30 jours suivant la date de l'état de compte. Je m'engage à payer des frais annuels d'administration de 20% calculés mensuellement qui me seront chargés sur tout solde en retard. Je certifie que l'information fournie à BEGO aux termes des présentes est véridique et accepte qu'une enquête de crédit soit effectuée par BEGO pour l'octroi d'une marge de crédit.

Signature: _____ Date: _____

PAIEMENTS

Je vais payer le solde de mon état de compte par chèque dans les 30 jours suivant la date de mon état de compte.

ou

Je vais payer le solde de mon état de compte par carte de crédit dans les 30 jours suivant la date de mon état de compte, comme suit :

Automatiquement (personne ne va m'appeler pour autorisation de paiement et/ou confirmation du solde dû).

Prière de m'appeler pour autorisation et/ou confirmation du solde dû.

Carte crédit _____ Exp. _____ Détenteur: _____

Signature: _____ Date: _____