



## Mont-Pharma Inc.

343-3700 rue Griffith  
 St. Laurent, QC H4T 2B3  
 Téléphone/ Phone: (514) 342-5353  
 Télécopieur/ Fax: (514) 342-8631  
 Courriel/E-mail: [sales@montpharma.ca](mailto:sales@montpharma.ca)

### RENSEIGNEMENTS SUR LE CRÉDIT/CREDIT INFORMATION

#### IDENTIFICATION

Nom Commercial/Trade Name			
Dénomination Sociale/ Legal Name			
Type de Compagnie/ Type of Business	<input type="checkbox"/> Corporation Société	<input type="checkbox"/> Coentreprise partnership	<input type="checkbox"/> Entreprise individuelle Proprietorship
	Adresse de facturation/Billing Address	Adresse de livraison/Shipping Address	
Adresse/Address			
Ville/City			
Province			
Code Postal/Postal Code			
N° de Tél/Phone N°		N° de fax/Fax N°	
Adresse électronique/Email			
Personne à contacter/Contact Person			

#### RÉFÉRENCE BANCAIRE/BANK REFERENCE

banque/Bank		N° compte/Acc. N°	
Personne à contacter/Contact Person			
N° de Tél/Phone N°		N° de fax/Fax N°	
Adresse/Address			

#### RÉFÉRENCES DE CREDIT (FOURNISSEUR PRINCIPAUX)/CREDIT REFERENCES (MAJOR SUPPLIERS)

	1	2	3
Nom/Name:			
N° compte/Acc N°			
N° de Tél/Phone N°			

#### RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX/GENERAL INFORMATION

Veuillez remplir cette section si votre entreprise est une coentreprise ou une entreprise individuelle. Please complete this area if you are a Partnership or a Sole Proprietor.  
 Utilisez une feuille séparée si votre entreprise est une coentreprise Use a separate sheet if you are a Partnership

Nom du Propriétaire/Proprietor		Titre/Title	
Adresse du domicile/Home Address			
N° de Tél à domicile/Residence Phone N°			

Je declare que tous les renseignements fournis sont exacts.  
 J'autorise Mont-Pharma Inc. à obtenir ou échanger des renseignements personnels aux fins d'établir ou de verifier ma situation financière.

I declare that all the information contained in this application is true.  
 I authorize Mont-Pharma Inc to obtain or exchange personal information with any personal information agent to verify my financial standing.

Signature du Client/Customer Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_