

## FORMULAIRE DE DEMANDE DE CRÉDIT

<p>Veillez compléter ce formulaire et le retourner par télécopieur au: 800 463 3659. Vous recevrez une réponse par télécopieur/poste, après un jour ouvrable autant que possible. Si vous avez des questions, communiquez avec nous au: 800 665 3327</p>			
<b>ADRESSE DE LA FACTURATION</b>			
Nom de l'entreprise:			
Adresse postale:		Ville:	
Province:	Code postal:	Téléphone:	
Adresse courriel:		Télécopieur:	
<b>ADRESSE DE RÉCEPTION DES MARCHANDISES</b>			
Nom de l'entreprise:			
Adresse:		Ville:	
Province:	Code postal:	Téléphone:	
Personne responsable :		Télécopieur:	
<b>STATUT DE L'ENTREPRISE</b>			
Entreprise Individuelle	Partenariat	Société	Autre
Ergo/Physiothérapeute licencié ?		No.	Province:
<b>GENRE D'ENTREPRISE</b>			
P & O	DEM	Entrepreneur	
École	Institution Médicale	Autre:	
<i>SI, P&amp;O EST SÉLECTIONNÉ, VEUILLEZ COMPLETER LES DEUX RANGÉS QUI SUIVENT:</i>			
Nom & License du praticien CBCPO:			
Qualifié pour Myo.	Qualifié pour C-Leg	Qualifié pour Harmony	
<b>PROPRIÉTAIRES</b>			
Noms:			
No. d'assurance sociale (Si autre que Société):			
Nombre d'années en affaire:			
<b>COMPTES PAYABLES</b>			
Personne responsable:			
Titre:		Téléphone:	
<b>INFORMATION BANCAIRE</b>			
Nom de l'institution financière:			
Adresse:		No. Du compte :	
Représentant des services:		Téléphone:	
<b>RÉFÉRENCE DE CRÉDIT</b>			
Nom:		Name:	
Adresse:		Adresse:	
Télécopieur:		Télécopieur:	
Téléphone:		Téléphone:	
No. de Compte:		No. de Compte:	
<b>YOUR SIGNATURE:</b>			