

INFORMATIONS DE L'ENTREPRISE			
Nom de l'Entreprise		Téléphone	
Adresse de facturation		Adresse de livraison	
Adresse		Adresse	
Ville	État/Province	Ville	État/Province
Code Postal	Pays	Code Postal	Pays

CONTACT DE PAIEMENT	
Nom	Titre
Email	Téléphone

CONTACT D'ACHAT	
Nom	Titre
Email	Téléphone

INFORMATIONS DE L'ENTREPRISE	
Type d'entreprise (Cochez)	<input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Partenaire <input type="checkbox"/> Corporation <input type="checkbox"/> LLC <input type="checkbox"/> Autre: _____
Nature de l'Entreprise	Distributeur (Cochez) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Exemption de taxes (Cochez) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Fed ID et/ot Entreprise # (une copie de votre certificat d'exemption est requise)

Propriétaire/Partenaire	
Nom	Titre
Email	Téléphone
Nom	Titre
Email	Téléphone

GESTION DES FACTURES ET DES PAIEMENTS	
Comment voulez-vous que vos factures soient distribuées ?	e-mail de facturation (le cas échéant)
<input type="checkbox"/> Poste <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Portail	
Si l'adresse du magasin ou autre validation requise ?	Portail URL (le cas échéant)
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Bon de commande requis ?	Informations de connexion au portail (le cas échéant)
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

INFORMATIONS DE L'ENTREPRISE

Nom de l'Entreprise	Téléphone
any reason why this info should appear here again?	

RÉFÉRENCES COMMERCIALES

Nom	Téléphone
Adress	Email
Nom	Téléphone
Adress	Email

CLIENTS INTERNATIONAUX UNIQUEMENT
BUREAU DU TRANSITAIRE (PAS L'ADRESSE DE LIVRAISON)

Nom de l'Entreprise	Téléphone	
Adress		
Nom du Contact	Téléphone du Contact	Téléphone Secondaire
Email du Contact		

ADRESSE D'EXPÉDITION DU TRANSITAIRE

Adress		
Nom du Contact	Téléphone du Contact	Téléphone Secondaire
Email du Contact		

Le soussigné, futur acheteur est en accord avec le fait que tout solde dû de la marchandise vendue à l'acheteur se doit d'être payé dans les 30 jours suivant la vente. Le soussigné acheteur s'engage à honorer et respecter les engagements de paiement décrit dans la présente. Le soussigné acheteur est aussi en accord avec le fait qu'advenant un compte en souffrance, nous nous réservons le droit d'expédier ce compte à un service de collection, de vous charger tout frais reliés à ladite collection, de même que les frais d'honoraire du mandataire et des frais judiciaires, et ce jusqu'à concurrence du montant maximal défini par la loi. Le soussigné reconnaît et certifie que toute information contenue dans ce document est véridique. Afin que Kasco vous offre un crédit de 30 jours sur tous vos achats, le propriétaire de la compagnie doit accepter la garantie personnelle face à toute dette envers Kasco.

SIGNATURE

Nom imprimé	Titre	
Signature	Date	

Envoyez le formulaire complété à: AR@KascoCorp.com

OFFICE USE ONLY

Sales Rep #	Requested Monthly Credit	Market ID	Division	<input type="checkbox"/> 01-MDS	<input type="checkbox"/> 03-DOM	<input type="checkbox"/> 04-INTL	<input type="checkbox"/> 15-WOOD
-------------	--------------------------	-----------	----------	---------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	----------------------------------