

# CRÉATION D'UN NOUVEAU COMPTE



## RENSEIGNEMENTS SUR LE CLIENT

### Nom et adresse d'expédition

Nom de l'établissement (limite de 30 caractères) : \_\_\_\_\_

Nom du contact : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Adresse 2 : \_\_\_\_\_

Pays : Canada

Province et code postal : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Type de client :    Grossiste            Hôpital            Pharmacie            Médecin            Représentant commercial  
                                 Autre

### Nom et adresse de facturation

Nom : \_\_\_\_\_ Nom 2 : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Adresse 2 : \_\_\_\_\_

Pays : Canada

Province et code postal : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Contact des comptes payables : Nom : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

### Moyen de transport (MT) :

Voie terrestre, température ambiante, livré le lendemain – 321

## RENSEIGNEMENTS SUR LES PERMIS

Exempt – Aucun permis requis

## RENSEIGNEMENTS SUR LES PRIX

Modalités de paiement : Net 30 jours

Ce client s'est-il engagé à des prix contractuels ?  N

## EXIGENCES EDI

EDI requis : OUI  NON

Si oui, transactions requises :

850 Bon de commande

856 Préavis de livraison

810 Facture

820 Avis de paiement

Autre : \_\_\_\_\_

**Veillez envoyer le formulaire complété et adresser toute question à Innomar Strategies.**

E-mail: Verity-CSR@innomar-strategies.com Telephone: 1-844-889-8588 Fax: 1-844-435-9677