

DEMANDE D'OUVERTURE DE COMPTE

SVP, retourner par fax:

ou courriel à info@transport-mp.ca

INFORMATIONS DE COMPAGNIE:

Nom de l'entreprise: _____
Raison social: _____ Adresse: _____
Ville: _____ Code postal: _____
Téléphone: _____ Télécopieur: _____
Site web: _____ Courriel: _____
Natures des activités: _____
Nom du président: _____ Responsable comptabilité: _____

INFORMATIONS DE COMPAGNIE:

Institutions financière: _____ No Succursale: _____
No de compte : _____ Responsable : _____
Téléphone: _____

RÉFÉRENCES D'AFFAIRES:

1) Fournisseur: _____ Téléphones: _____
Contact: _____ Télécopieur: _____

2) Fournisseur: _____ Téléphones: _____
Contact: _____ Télécopieur: _____

3) Fournisseur: _____ Téléphones: _____
Contact: _____ Télécopieur: _____