

SYNERGIE V3 INC.  
18 John F. Kennedy, suite 6  
St-Jérôme, Québec  
Canada, J7Y 4B6

Tél. : (450) 431 - 1990  
Fax: (450) 431 - 1183

### APPLICATION DE CRÉDIT

Nom de la compagnie : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_  
Contact : \_\_\_\_\_ Titre : \_\_\_\_\_

#### Références bancaires

Banque : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_  
N° Compte : \_\_\_\_\_ N° Transit : \_\_\_\_\_

#### Références de fournisseurs

Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Contact : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Contact : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Contact : \_\_\_\_\_

Par la présente, le soussigné autorise Synergie V3 Inc. à obtenir les renseignements nécessaires afin de mener une enquête de solvabilité auprès des références qui lui sont fournies. Le soussigné certifie que tous les renseignements sur ce formulaire sont exacts.

Le terme de paiement est de 30 jours net suivant la date de facturation. Tous les produits livrés demeureront la propriété de Synergie V3 Inc. jusqu'au paiement final des livraisons en cause.

J'ai pris connaissance de ce formulaire et suis en accord avec les termes ci-haut mentionnés sans aucune exception.

\_\_\_\_\_  
Signature du demandeur

\_\_\_\_\_  
Titre

\_\_\_\_\_  
Date