

## PROFILE DU CLIENT

<b>Nom Légal:</b>		
Ville:	Province:	Code Postal:
<b>Numéro de Téléphone:</b>		<b>Numéro de Fax:</b>
Site Web:	Adresse Courriel:	
<b>Adresse de Facturation:</b>		
<b>Adresse de Livraison:</b>		
<b>Comptes Payable:</b>	<b>Numéro de Téléphone/Ext:</b>	
<b>Adresse Courriel:</b>		
<b>Nom:</b>		<b>Titre:</b>
<b>Signature:</b>		<b>Date:</b>

## TERMES DE PAIEMENT

<b>Carte de Crédit (Payer à la commande)</b>	<b>30 jours suivant la date de facturation</b>
<b>*** Si le paiement sera fait par carte de crédit, veuillez remplir uniquement la section Profile du Client et cocher « Carte de Crédit (Payer à la commande) ».</b>	

## TERMES DE VENTE : 30 JOURS DE LA DATE DE FACTURATION

Nous attestons que les renseignements contenus dans ce formulaire sont exacts et qu'aucune information pertinente à notre situation financière n'a été omise même si elle n'était pas expressément requise. Nous reconnaissons que les informations fournies et les autorisations consenties sont données afin de permettre à Medtronic Canada ULC d'avoir accès et obtenir toute information pertinente à notre situation financière présente. Nous autorisons Medtronic Canada ULC à recueillir, vérifier et compléter tout renseignement utile aux fins susmentionnées auprès des entreprises mentionnées à la présente ainsi qu'auprès de toute agence de renseignement sur le crédit, tout organisme autorisé à communiquer des renseignements ou toute personne avec laquelle nous avons entretenu, nous entretenons ou nous nous proposons d'entretenir de rapports financiers. Nous consentons de plus à respecter les termes de crédit de « net 30 jours » et acceptons de payer des frais de 25% sur tout compte en retard qui doit être collecté par une tierce partie.

## INFORMATIONS SUR LA SOCIÉTÉ

Type d'entreprise:	<b>Corporation</b>		<b>Partenariat</b>	<b>Propriétaire</b>
Nombre d'année en affaire:			Genre d'industrie:	
Ventes annuelles:		Les produits sont pour vente ou distribution:		
Marge de crédit désirée:			Produit(s) que vous désirez acheter:	
Estimée de la première commande:			Estimée d'achats annuels:	
Taxable:	Oui	Non		
<b>Le cas échéant, fournir le numéro de certificat d'exemption de TPS:</b>				
<b>Le cas échéant, fournir le numéro de certificat d'exemption de TVQ:</b>				

## RÉFÉRENCE BANCAIRE

Nom de la banque:		
Adresse:		
Gestionnaire de compte:	No. de Tél:	No. de Fax:
No. de compte:	Adresse Courriel:	

## RÉFÉRENCES COMMERCIALES

Nom de l'entreprise:		No. de compte:
Adresse:		No. de Tél:
Nom du contact:	Adresse Courriel:	
Nom de l'entreprise:		No. de compte:
Adresse:		No. de Tél:
Nom du contact:	Adresse Courriel:	

## SEGMENTATION DE LA CLIENTÈLE

Principal (1 seul choix)	HÔPITAL	AUTRE SITE	SOINS CONTINUS	
Secondaire (Faites un choix parmi le segment principal choisi)	Hôpital public	Prélèvement sanguin/lab privé  Cabinet dentaire  Pharmacie  Cabinet vétérinaire	Centre d'imagerie diagnostique  Médecine d'urgence  Centre de soins prolongés  Gouvernement  Services de santé divers  Fournisseur de soins à domicile  Clinique publique	Cabinet de médecin ou clinique  Services d'halothérapie  École  Clinique du sommeil  Soins transitoires (réadaptation)  Hôpital ou centre de santé universitaire

Représentant de vente:	Date:
------------------------	-------