

## PROFILE DU CLIENT

<b>Nom Légal:</b>		
<b>Ville:</b>	<b>Province:</b>	<b>Code Postal:</b>
<b>Numéro de Téléphone:</b>		<b>Numéro de Fax:</b>
<b>Site Web:</b>	<b>Adresse Courriel:</b>	
<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>
--	--

\*\*\* 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) ».

## 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

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

<b>Nom de la banque:</b>		
<b>Adresse:</b>		
<b>Gestionnaire de compte:</b>	<b>No. de Tél:</b>	<b>No. de Fax:</b>
<b>No. de compte:</b>	<b>Adresse Courriel:</b>	

## RÉFÉRENCES COMMERCIALES

<b>Nom de l'entreprise:</b>		<b>No. de compte:</b>
<b>Adresse:</b>		<b>No. de Tél:</b>
<b>Nom du contact:</b>	<b>Adresse Courriel:</b>	

<b>Nom de l'entreprise:</b>		<b>No. de compte:</b>
<b>Adresse:</b>		<b>No. de Tél:</b>
<b>Nom du contact:</b>	<b>Adresse Courriel:</b>	

## 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	Centre d'imagerie diagnostique	Cabinet de médecin ou clinique
		Cabinet dENTAIRE	Médecine d'urgence	Services d'inhalothérapie
		Pharmacie	Centre de soins prolongés	École
		Cabinet vétérinaire	Gouvernement	Clinique du sommeil
		Services de santé divers	Soins transitoires (réadaptation)	
		Fournisseur de soins à domicile	Hôpital ou centre de santé universitaire	
		Clinique publique		

<b>Représentant de vente:</b>	<b>Date:</b>
-------------------------------	--------------