

# CRÉATION de COMPTE

## DEMANDE d'OUVERTURE de COMPTE :

Activité professionnelle : \_\_\_\_\_  
N° SIRET : \_\_\_\_\_  
N° TVA (obligatoire au 1/07/03, directive CE E n° 201/115) : \_\_\_\_\_

## COORDONNÉES DU CLIENT :

Nom - Raison sociale : \_\_\_\_\_  
Forme Juridique : \_\_\_\_\_ Capital : \_\_\_\_\_  
Code APE : \_\_\_\_\_ Ville registre du commerce : \_\_\_\_\_  
Date de création : \_\_\_\_\_ Tel. : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_  
Appartenance à un groupe :  Non  Oui, lequel : \_\_\_\_\_  
Nom du Responsable (Gérant ou PDG) : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Tél : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_  
Nom du Responsable Achat : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_  
E-mail : \_\_\_\_\_ gln EDI : \_\_\_\_\_ (Rappel : Commande EDI priorisée)

## ADRESSES

**Adresse de FACTURATION :** \_\_\_\_\_  
Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_  
Tél : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_  
**Adresse de LIVRAISON** (si différente) : \_\_\_\_\_  
Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_  
Tél : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

## CONDITIONS de RÈGLEMENT

PAIEMENT : traite directe 30 jours date facture (sous réserve d'acceptation par notre Service Crédit)  
Nom du Responsable Comptable : \_\_\_\_\_  
Tél : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_  
Dépendez-vous d'un centre payeur, si oui, coordonnées : \_\_\_\_\_  
 Facture par BL  Facture relevé Bon de Livraison  
Facturation à la décade  Adresse E. MAIL pour l'envoi de factures : \_\_\_\_\_

Nota : Un exemplaire par facture vous sera fourni. Merci de nous consulter si vous en voulez davantage.

## COORDONNÉES BANCAIRES

Domiciliation bancaire : \_\_\_\_\_ Tél de votre banque : \_\_\_\_\_

**Merci de joindre votre RIB ainsi qu'un extrait KBIS de moins de 3 mois + Papier entête**

Je soussigné (e) : \_\_\_\_\_  
Fonction : \_\_\_\_\_

Je certifie l'exactitude des renseignements portés ci-dessus  
& certifie avoir pris connaissance des Conditions Générales de Vente  
et les accepter pleinement.

DATE, CACHET DE L'ENTREPRISE,  
SIGNATURE

Remplissez ce questionnaire. adressez le par FAX au 04 90 92 43 99 ou par mail [adv@aqualux.com](mailto:adv@aqualux.com)