

ELIPACK

OUVERTURE DE COMPTE

Nom du représentant _____

à retourner au 04 67 70 84 87

INFORMATION ENTREPRISE

Adresse de facturation

Forme Juridique _____

Nom complet de l'entreprise _____

Nom commercial (si différent) _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Tel _____ Fax _____

Numero SIRET _____ Numero TVA Intracom _____

CONTACTS

DIRECTION _____ Tel _____ Fax _____

ACHAT _____ Tel _____ Fax _____

COMPTABILITE _____ Tel _____ Fax _____

Adresse de livraison (si differente de l'adresse de facturation)

Code postal _____ Ville _____

Nom du contact _____ Tel _____ Fax _____

Personne autorisée à passer des commandes _____

NOS CONDITIONS DE REGLEMENT

Traite _____

Autre _____

DOCUMENT A JOINDRE A LA DEMANDE

Copie extrait Kbis de moins de 3 mois

CGV signées et paraphées
 Relevé d'identité bancaire
 Lettre à en-tête

Nous certifions l'exactitude de l'ensemble des informations ci-dessus et acceptons que vous puissiez les transmettre à des organismes financiers tels que banques, organismes et sociétés d'assurance credit.

Nous confirmons par ailleurs avoir pris connaissance de vos conditions générales de ventes qui seront les seules à régir les contrats et commandes conclus avec votre société.

Date

Signature et tampon

Nom et position du signataire

225 RN 113 - 34670 BAILLARGUES - Tel : 04 67 70 84 84 - Fax : 04 67 70 84 87