



Compte CDMV

Ouverture et mise à jour

Nouveau compte

Mise à jour

S'agit-il d'une nouvelle clinique?

Oui : Date d'ouverture

Non : En affaire depuis

Raison de la mise à jour :

Numéro de compte :

Section 1 : Adresses

LIVRAISON

FACTURATION (identique à l'adresse de livraison)

Nom légal de l'entreprise

Nom de la clinique

Nom et prénom du médecin vétérinaire responsable

Adresse

Ville, Province, Code postal

Téléphone

Site web

Courriel

Nom légal de l'entreprise

Nom de la clinique

Département et nom de la personne-ressource

Adresse

Ville, Province, Code postal

Téléphone

Courriel

Langue de correspondance :

Français

Anglais

Section 2 : Personnes-ressources

Personne responsable des achats

Téléphone

Courriel

Personne responsable de la comptabilité

Téléphone

Courriel

Administrateur des accès Web de la plateforme CDMV

Téléphone

Courriel

Personne responsable de recevoir les communications
(opérationnelles et corporatives)

Téléphone

Courriel

Section 3 : Type d'entreprise

Propriétaire unique

Société professionnelle

Compagnie

Noms et prénoms des propriétaires ou des actionnaires :

Êtes-vous le propriétaire ou l'actionnaire d'une ou plusieurs autres cliniques?

Oui

Non

Si oui, nom et numéro de compte de chaque clinique :

CDMV sera-t-il votre principal distributeur?

Oui

Non

Estimation du volume d'achat annuel : \$

Type de compte :

Établissement vétérinaire

Institution d'enseignement et de recherche

Refuge

Service vétérinaire mobile

Agence gouvernementale

Autre :

Compte personnel vétérinaire

Laboratoire

*SVP fournir une preuve de résidence

Discipline :

Petits animaux

Pratique mixte

Grands animaux

Équin

Autres:

Section 4 : Profession du titulaire du compte

Médecin vétérinaire responsable # de licence

Pharmacien # de licence

TSA

Autre profession :

Section 5 : Mode de paiement

Paiement par prélèvement automatique (PPA) : Deux relevés par mois (date d'échéance : 10 jours après la date du relevé)

**Un formulaire d'inscription vous sera envoyé. Certaines conditions s'appliquent.*

Paiement par institution bancaire, CDMV est un fournisseur officiel de la majorité des institutions financières (si votre banque exige un numéro de compte à 6 chiffres, ajoutez autant de « 0 » que nécessaire devant votre numéro de compte)

Transfert de fonds électronique (TFE). Ajouter CDMV à votre liste de bénéficiaires auprès de votre institution financière (des frais de transactions pourraient être appliqués par votre institution financière)

Chèque (net / 30 jours)

Carte de crédit : Visa Mastercard

À des fins de vérification, il se peut qu'un formulaire de demande de crédit vous soit envoyé.

Section 6 : Délai de paiement (veuillez cocher une seule option)

Tous les délais de paiement différé offerts par les fournisseurs.

Paiement différé sur les produits antiparasitaires uniquement.

Aucun délai de paiement différé.

Section 7 : Noms des professionnels pratiquant au sein de votre établissement

Veuillez indiquer les noms des professionnels responsables des achats de médicaments et de substances désignées. Si vous êtes plus de trois professionnels, veuillez inscrire, sur une autre feuille, les renseignements pour chaque personne additionnelle et la joindre à la présente.

Nom, Prénom

de licence

Nom, Prénom

de licence

Nom, Prénom

de licence

Section 8 : Numéros de taxes de vente

Fédérale / provinciale ou harmonisés

/

Possédez-vous un certificat d'exemption de taxes? Oui Non Si oui, veuillez joindre une copie du document rempli et signé.

IMPORTANT

Lorsque vous commandez des produits chez CDMV, certaines informations relatives à ces commandes sont partagées à nos fournisseurs et partenaires commerciaux.

Nous nous engageons à acquitter toutes les factures selon les termes spécifiés sur ces dernières. À défaut de le faire, nous acceptons de payer des frais d'administration de 1,5 % par mois (18 % par année) sur tout solde en souffrance. Nous reconnaissons que la marchandise achetée chez CDMV inc. demeure l'entière propriété de cette dernière jusqu'au règlement complet des factures. Nous autorisons CDMV inc. à obtenir tous les renseignements nécessaires auprès des institutions financières, des fournisseurs, des ordres professionnels ou de toute autre partie reliée à la présente demande, pour l'ouverture de notre compte ainsi qu'en tout temps par la suite.

Section 9 : Déclaration

Je certifie que les renseignements ci-haut mentionnés sont exacts et que je suis dûment autorisé à signer ce document.

Signature du professionnel titulaire du compte (Les deux parties reconnaissent la validité d'une signature numérique au même titre qu'une signature originale.)

Date

Nom, Prénom (en majuscules)

Titre du signataire

Veuillez retourner ce formulaire dûment rempli et signé par le professionnel responsable à account.info@cdmv.com.

Une confirmation vous sera envoyée par courriel une fois votre compte ouvert ou mis à jour.

VEUILLEZ NOUS INFORMER DE TOUT CHANGEMENT CONCERNANT VOTRE COMPTE.