



Compte CDMV

Ouverture et mise à jour

Date de la demande : (AAAA-MM-JJ) _____

☐ Ouverture de compte ☐ Mise à jour

Raison de la mise à jour : _____

S'agit-il d'une nouvelle clinique? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, date d'ouverture : (AAAA-MM-JJ) _____

Si non, en affaires depuis : (AAAA-MM-JJ) _____ Ou, N° de compte CDMV : _____

VEUILLEZ NOUS AVISER PAR ÉCRIT DE TOUT CHANGEMENT À VOTRE COMPTE (NOMS, ADRESSES, RENSEIGNEMENTS BANCAIRES ET AUTRES).

Section 1 : Adresses

Adresse de livraison

Nom légal de l'entreprise

Nom de la clinique (raison sociale)*

Nom du médecin vétérinaire responsable

Adresse de l'entreprise

Ville Province Code postal

Téléphone Site Web

Courriel

Adresse de facturation (☐ identique à l'adresse de livraison)

Nom légal de l'entreprise

Département et nom de la personne-ressource

Adresse

Ville

Province Code postal

Téléphone

Courriel

Langue de correspondance : ☐ Français ☐ Anglais

*** La raison sociale (nom de la clinique) et les adresses de livraison doivent être enregistrées auprès de votre ordre professionnel. Si vous avez d'autres adresses de livraison, veuillez les annexer au présent document.**

☐ Je confirme que la raison sociale (nom de la clinique) et les adresses de livraison sont enregistrées auprès de mon ordre professionnel.

☐ Je reconnais que CDMV vérifiera les détails que j'ai fournis avec mon ordre professionnel.

Section 2 : Personnes-ressources

Nom de la personne responsable des achats Téléphone Courriel

Nom de la personne responsable de la comptabilité Téléphone Courriel

Nom de la personne responsable de l'administration de la plateforme Web Téléphone Courriel

Nom de la personne responsable de recevoir les communications (opérationnelles et corporatives) Téléphone Courriel

Section 3 : Type d'entreprise

☐ Propriétaire unique ☐ Société professionnelle ☐ Compagnie

Nom(s) du(des) propriétaire(s) 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 ☐ Service vétérinaire mobile ☐ Compte personnel vétérinaire ☐ Institution d'enseignement et de recherche
☐ Refuge ☐ Agence gouvernementale ☐ Laboratoire ☐ Autres : _____

Discipline : ☐ Petits animaux ☐ Pratique mixte ☐ Grands animaux ☐ Équin ☐ Autres : _____

Section 4 : Profession du titulaire du compte

☐ Médecin vétérinaire responsable ☐ Membre ASAQ ☐ Pharmacien ☐ TSA ☐ Autre profession
N° de licence : _____ Date d'adhésion : _____ N° de licence : _____ Spécifier : _____

Section 5 : Mode de paiement

Mode de paiement désiré

- ☐ 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

Section 6 : Délai de paiement

Je désire bénéficier de (veuillez cocher une seule option) :

- ☐ Tous les délais de paiements différés offerts par les fournisseurs.
- ☐ Paiements différés 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.

Nom (en majuscules)

N° de licence

Nom (en majuscules)

N° de licence

Nom (en majuscules)

N° de licence

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.

Nouveaux clients

Section 8 : Renseignements bancaires

Nom de votre institution financière

N° de compte

Adresse

Ville

Province

Code postal

Téléphone

Nom du directeur ou de la personne-ressource

Adresse courriel

Section 9 : Références de crédit

Veuillez lister les noms de trois fournisseurs importants. (Non exigé pour les organismes gouvernementaux)

Nom

Téléphone

Nom

Téléphone

Nom

Téléphone

Possédez-vous un certificat d'exemption de taxes? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez joindre une copie de votre formulaire d'exemption de taxes dûment rempli et signé.

Numéros de taxes de vente (fédérales / provinciales ou harmonisées) : _____ / _____

IMPORTANT : Veuillez noter que lorsque vous commandez des produits chez CDMV, certaines informations relatives à ces commandes sont partagées à nos fournisseurs et partenaires commerciaux.

Section 10 : Déclaration

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 certifions que les renseignements ci-haut mentionnés sont exacts et que nous sommes dûment autorisés à signer ce document. De plus, nous autorisons expressément CDMV inc. à obtenir tous les renseignements nécessaires concernant notre crédit auprès des institutions financières, des fournisseurs ou de toute autre partie reliée à la présente demande, pour l'ouverture de notre compte ainsi qu'en tout temps par la suite.

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

Date (AAAA-MM-JJ)

Nom (en majuscules)

Titre du signataire

Veuillez retourner ce formulaire dûment rempli et signé à : account.info@cdmv.com. Une confirmation vous sera envoyée par courriel une fois votre compte ouvert ou mis à jour.