TTX CANADA INC.

2820 Argentia Road, Unit 4, Mississauga ON L5N 8G4 Tel: (514) 339-5999 Fax (905) 286-0553 EMAIL: pqsales@ttx.ca

Demande d'inscription en tant que revendeur autorisé

Nom de la Compagnie:_____

Nom du Commerce:_____ #de Filiales:_____

Adresse:_____Ville: _____ Province:_____ Code Postal:_____

Téléphone: ( )_____ Fax:( )_____ Email:_____

Genre de Commerce:_____ Fondé en:_____ Nombre d'employés: _____

Termes demandés:_____ Limite de Crédit demandé:_____Resp. Comptes payables:_____

Produits/Services Offerts:_____ Achats annuels Anticipés avec TTX:_____

Ventes annuelles (année passée):$ _____Ventes annuelles (projetées) :$_____TVQ #_____

Cadres Principaux:

Nom	*Titre*	*Adresse Résidentielle*	*% de la propriéte*

Banque:_____ No.de Compte: _____ Téléphone ( ) _____

Adresse: _____

Directeur Financier:_____ Marge de Crédit: Oui:_____ Non:_____Si oui, Montant: $_____

Références Commerciales:

Nom	*Ville*	*Téléphone*	*Fax*	*Limite de Crédit*

Compte(s) ouvert(s) ?: _____ Services Financiers Deutsche:_____Financement Transamerica:_____

Je certifie que les informations données ci-dessus sont exactes et justes dans le but d'obtenir les termes de crédit. J'autorise par la présente les recherches et les échanges d'informations sur le crédit alloué. En considérant les ventes de biens et d'équipements de façon périodique, il est entendu et compris que le signataire est dûment autorisé et lié au postulant et accepte la responsabilité de payer tout montant d'après les termes accordés incluant les intérêts, frais de service et tout les coûts de perceptions. Je reconnais que tout les produits demeurent la propriété de TTX Canada jusqu'à ce que tout les montants dû soient payés.

Signataire Autorisé	Nom Autorisé et Titre	Témoin	Date

(à l'usage du département de crédit seulement)

de Compte:_____Termes Approuvés:_____ Limite de Crédit:$_____

Chargé de Comptes:_____Niveau:_____Date Approuvée:_____Approuvé par:_____