

FICHE DE RENSEIGNEMENTS OUVERTURE DE COMPTE

NOM DU CLIENT :

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____

Nouveau client (oui/non) _____

TYPE D'ORGANISME		TYPE D'ACHAT	
Privé		Fournitures internes	
		Cadeaux d'affaires	
		Autres	
N° SIRET :			
Public		Fournitures internes	
		Médiathèque	
		Ecole/Université	
		Ministère	
		Autres	
CE		Achats groupés	

SECTEUR D'ACTIVITE (entourer le n° correspondant)

Industrie :				
101 Aéronautique	103 Automobile	105 Pharma-Cosmétiques	199 Autres Industries	
102 Alimentation	104 Travaux Publics	106 Habillement-Chaussures		
Commerce / Autres:				
201 Alimentation	207 Habillement-Chaussures	904 TV Radio	910 Presse	
202 Automobile	208 Services-tertiaire	905 Edition	911 Santé	
203 Grande Distribution	209 Informatique	906 Education	912 Telecommunication	
204 Loisirs	901 Associations	907 Evénementiel	913 Transport	
205 Luxe	902 Service Public	908 Hotel-Restaurant	914 Tourisme-Voyages	
206 Pharma Cosmétiques	903 Banque-Assurance...	909 Nettoyage	299 Autres Commerces	

IMPLANTATION GEOGRAPHIQUE (Cochez la case correspondante)

1 seul établissement (celui-ci)		
plusieurs établissements ds la région		Détail des villes :
plusieurs établissements en France		Détail des villes :

NOMBRE D EMPLOYES *

01	1-50	
02	51-150	
03	151-500	
04	501-1000	
05	1001-2000	
06	2001-5000	
07	5001-10000	
08	10001 or +	

* Cochez la case correspondante

MOYENNE AGE *

01	25-35 years	
02	35-45 years	
03	45 years or +	
04	Ne Sait Pas	

INTERLOCUTEURS**1- Le signataire : PERSONNE RESPONSABLE HABILITEE A ENGAGER LE CLIENT**

Nom-Prénom : _____ Fonction : _____
Tél : _____ E-mail : _____

2- Les acheteurs autorisés

Nom-Prénom : _____ Fonction : _____
Tél : _____ E-mail : _____

Nom-Prénom : _____ Fonction : _____
Tél : _____ E-mail : _____

Nom-Prénom : _____ Fonction : _____
Tél : _____ E-mail : _____

Nom-Prénom : _____ Fonction : _____
Tél : _____ E-mail : _____

Nom-Prénom : _____ Fonction : _____
Tél : _____ E-mail : _____

Nom-Prénom : _____ Fonction : _____
Tél : _____ E-mail : _____

Nom-Prénom : _____ Fonction : _____
Tél : _____ E-mail : _____

Nom-Prénom : _____ Fonction : _____
Tél : _____ E-mail : _____

Adresse de facturation (nom de la société, de l'administration...)

Adresse : _____
Code Postal : _____ Ville : _____
Téléphone : _____

POUR TOUTE DEMANDE DE PAIEMENT DIFFERE :			
(Joindre un extrait Kbis de moins de 3 mois et un RIB)			
Interlocuteur(s) comptable(s) :			
Nom-Prénom :		Fonction :	
Tél :		E-mail :	
Nom-Prénom :		Fonction :	
Tél :		E-mail :	
Références du RIB			
Mode de paiement			
Virement bancaire			
Cheque			
Virement administratif			
(30 jours, sauf administrations 60 jours)			
A compléter obligatoirement par le payeur :			
Je, soussigné(e)....., m'engage à régler les achats des personnes dont le nom figure ci-dessus, ou de toute personne munie d'un bon de commande signé de ma main, à 30 jours suite à réception de facture.			
			Signature :

LIVRAISON (selon accord du directeur de magasin)

Adresse _____
CP _____ Ville _____

Contact

Nom-Prénom : _____ Fonction : _____
Tél : _____ E-mail : _____

Commentaires (Heures-
Jours de livraison,
particularités...)

Je, soussigné(e), agissant au nom de, en qualité de, certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus, et reconnais avoir pris connaissance des conditions générales de vente qui m'ont été remises.

Fait à :
Le :

Signature :
