



DEMANDE D'OUVERTURE DE COMPTE

4555, avenue Beaudry
Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 8W2
Tél.: (800) 223-0666 | Fax: (888) 888-7979
Courriel: info@galenova.com web: www.galenova.com

INFORMATION GÉNÉRALE :

Nom de l'entreprise (Dénomination sociale): _____
NEQ (Numéro d'entreprise du Québec): _____
Nom commercial (Si différent du nom de l'entreprise): _____
Propriétaire de la pharmacie ou de l'entreprise : _____
Tél. Bur.: _____ Ext.: _____ Fax: _____ Cell : _____
Organisation centralisée des achats (si applicable) : _____
No de commande requis : Oui Non €- Options de paiement : Net 30 Jours Carte de crédit €

ADRESSE DE LIVRAISON :

Rue: _____ Département: _____
Ville: _____ Province: _____ Code Postal: _____
Heures de réception: _____

ADRESSE DE FACTURATION (Si différente de l'adresse de livraison) :

Rue: _____ Département: _____
Ville: _____ Province: _____ Code Postal: _____

AUTRES INFORMATIONS :

Courriel de la pharmacie/entreprise: _____ Pour consentir aux emails: _____
Responsable des achat #1: _____ Tel.: _____ Ext.: _____
Courriel: _____ Pour consentir aux emails: _____
Responsable des achat #2: _____ Tel.: _____ Ext.: _____
Courriel: _____ Pour consentir aux emails: _____
Resp. des comptes payables #1: _____ Tel.: _____ Ext.: _____
Courriel: _____ Pour consentir aux emails: _____