

DEMANDE DE FINANCEMENT COMMERCIAL

| | | | |
|-------------------|-----|----------------------|-----------------|
| Nom légal: | | | |
| Adresse: | | | |
| Ville: | | Code Postal: | |
| Courriel: | | Site web: | |
| Tél.: () | | Cell. / Pag.: () | |
| Propriétaire: Oui | Non | A quel nom: | Valeur / Solde: |
| Nombre d'années: | | Secteur d'activité: | |
| Responsable: | | Titre: | |

| | |
|--------------------|---------------|
| Banque hypothèque: | N° de compte: |
| Adresse: | |
| Tél.: () | |

| | |
|-----------------|------------------|
| Banque affaire: | N° de compte: |
| Adresse: | |
| Tél.: () | |
| M/crédit: | Resp. du compte: |

FOURNISSEUR

| | |
|--------------|--------------|
| Nom: | |
| Adresse: | |
| Tél.: () | Responsable: |

ÉQUIPEMENT

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

| | |
|----------------------------|---------------|
| Coût de l'équipement: | (avant taxes) |
| Terme désiré: | (en mois) |
| SOURCE: | |
| Représentant-e / Courtier: | |
| Date / Heure: | |

| POUR USAGE INTERNE | |
|------------------------|--|
| COÛT TOTAL: | |
| - ÉCHANGE / COMPTANT: | |
| + EN COURS: | |
| MONT. TOTAL EN RISQUE: | |

**SVP, complétez ce formulaire et le retourner par télécopieur au 514-221-3430.
Pour plus d'information contactez-nous au 514-315-2045 ou info@creditbailtrident.ca**