

1. Décrivez-nous votre entreprise

Type Société en nom collectif Société par actions Entreprise individuelle Gov.

Nom commercial _____

Faisant affaire sous le nom _____

Adresse 1 _____

Adresse 2 _____

Ville _____ Prov. _____ Code postal _____

Téléphone _____ Téléc. _____

Cellulaire _____

Adresse courriel _____

Années passées à l'adresse ci-dessus _____

Adresse de facturation (si elle diffère de celle à gauche) :

Adresse 1 _____

Adresse 2 _____

Ville _____ Prov. _____ Code postal _____

Permis d'exploitation _____ Année d'établissement _____

Inscription provinciale _____

VEUILLEZ NOTER : Le certificat d'inscription provincial doit accompagner cette demande de crédit.

Avez-vous déjà effectué des achats chez nous ? Oui Non

Montant estimatif des achats mensuels _____

N° d'identification fiscale provincial _____

Si exempté, joindre le certificat en annexe

Émettez-vous un bon de commande ? Oui Non

Méthode de facturation préférée : Postes Canada Téléc. Adresse courriel

Responsable des comptes fournisseurs :

Nom _____

Téléphone _____

Adresse courriel _____

Quels sont les services offerts par votre entreprise ?

Soins des plaies Ergothérapie Orthétiques Pédiatriques Podo-orthétiques

Physiothérapie Prothétiques Fournisseur de produits pour soins de la santé

Autre _____

Aurez-vous également besoin d'un compte en ligne ?

Oui Adresse courriel : _____ Non

Nombre de salariés : _____

Quelles méthodes d'approvisionnement utilisez-vous ? (Cochez toutes les cases qui s'appliquent.)

Groupements d'achat Distributeurs Directement du fabricant

GHX InterTrade Autre _____

Quel logiciel de gestion de la pratique utilisez-vous ?

OPIE (Série complète) OPIE (gestion des achats et de l'inventaire seulement)

Autre Aucun

Renseignements sur les praticiens agréés, propriétaires et dirigeants

Nom _____

Titre _____

Adresse _____

Ville _____ Prov. _____ Code postal _____

DDN _____ Pays _____

Nom _____

Titre _____

Adresse _____

Ville _____ Prov. _____ Code postal _____

DDN _____ Pays _____

Nom _____

Titre _____

Adresse _____

Ville _____ Prov. _____ Code postal _____

DDN _____ Pays _____

Autorisation carte de crédit

Visa Mastercard

Nom sur la carte _____

N° de la carte _____ Date d'expiration : _____

MOIS ANNÉE

Informations bancaires

Nom de la banque _____

Adresse _____

Ville _____ Prov. _____ Code postal _____

Téléphone _____

Responsable des comptes _____

Références commerciales

Nom _____

Adresse _____

Ville _____ Prov. _____ Code postal _____

Téléphone _____ Téléc. _____

Nom _____

Adresse _____

Ville _____ Prov. _____ Code postal _____

Téléphone _____ Téléc. _____

Acheteurs autorisés

Nom _____
Titre _____

Information sur adresse(s) de livraison

Nom de l'entreprise _____
Adresse 1 _____
Adresse 2 _____
Ville _____ Prov. _____ Code Postal _____
Téléphone _____

Nom de l'entreprise _____
Adresse 1 _____
Adresse 2 _____
Ville _____ Prov. _____ Code Postal _____
Téléphone _____

Nom de l'entreprise _____
Adresse 1 _____
Adresse 2 _____
Ville _____ Prov. _____ Code Postal _____
Téléphone _____

Nom de l'entreprise _____
Adresse 1 _____
Adresse 2 _____
Ville _____ Prov. _____ Code Postal _____
Téléphone _____

Nom de l'entreprise _____
Adresse 1 _____
Adresse 2 _____
Ville _____ Prov. _____ Code Postal _____
Téléphone _____

Accord

Le(s) demandeur(s)/demandeuse(s) autorise(nt) toutes les personnes, institutions, organisations, sociétés et agences d'évaluation du crédit à fournir toutes les informations pertinentes, y compris les rapports de solvabilité commerciale et de crédit à la consommation, exigées par OrtoPed SRI (ci-après dénommé OP). Le soussigné/ la soussignée et l'acheteur/l'acheteuse, si ce dernier/cette dernière est différent(e), attestent chacun/chacune que les informations fournies sont véridiques et qu'aucune information défavorable n'a été omise. Ils/elles autorisent irrévocablement leurs banques, références commerciales et institutions financières à communiquer des informations par téléphone, par télécopieur ou par écrit et à accepter une photocopie ou une télécopie de la présente autorisation. LA SIGNATURE DU DEMANDEUR/DE LA DEMANDEUSE ATTESTE DE SA RESPONSABILITÉ FINANCIÈRE, DE SA CAPACITÉ ET DE SA VOLONTÉ DE PAYER SES FACTURES CONFORMÉMENT AUX MODALITÉS STIPULÉES DANS LES CONDITIONS DE VENTE ET LES POLITIQUES FOURNIES DANS LE PRÉSENT ACCORD.

2. Signez ici (je reconnais et je déclare être lié aux conditions générales ci-jointes)

Signature _____ Date _____

Nom _____
PRÉNOM NOM

Titre _____

POUR USAGE EXCLUSIF PAR ORTOPED SRI

Gestionnaire de comptes :

Approbation de crédit : Montant \$

Autorisé par :

Date:

ORTOPED SRI CONDITIONS ET POLITIQUES DE VENTE

Comme condition à la convenance d'OrtoPed SRI, une société à responsabilité illimitée dont les bureaux principaux sont situés au 373 rue McCaffrey, Saint-Laurent, Québec, (« OP ») accorde un crédit à l'acheteur, l'acheteur ayant dûment signé la demande de crédit d'OP. Tous les achats de l'acheteur auprès d'OP sont effectués conformément à la demande de crédit d'OP, au présent accord de crédit et aux conditions et politiques de vente d'OP. Les modalités et conditions de chaque document référencé sont intégrées par renvoi aux présentes. La demande de crédit, l'accord de crédit et les conditions et politiques de vente constituent ensemble l'intégralité de l'accord conclu entre OP et l'acheteur et seront désignés collectivement de temps à autre sous le nom de « accord ».

A. Procédure de commande

- Les commandes peuvent être passées par téléphone, télécopieur, courrier électronique, site web d'OP, logiciels d'achat (GHX, InterTrade, etc.), ou logiciel de gestion de la pratique (OPIE).
- Veuillez utiliser les numéros ou descriptions d'articles sur toutes commandes pour assurer l'exactitude.
- En raison de la nature des articles nécessitant une sélection de couleur(s), il est fortement encouragé de baser cette sélection sur la trousse d'échantillon témoin fournie par le fabricant. Les couleurs présentées sous format électronique ou imprimées servent uniquement d'illustration et nous n'en garantissons pas l'exactitude.
- Indiquez la méthode d'expédition souhaitée sur toutes les commandes, ainsi que la date de livraison requise.

B. Nouveaux comptes

- Les commandes initiales seront facturées par carte de crédit jusqu'à ce que les conditions de crédit puissent être établies.
- Les comptes crédits des clients seront traités après réception et approbation de la demande de crédit dûment remplie. Veuillez noter que le traitement de votre demande prendra environ sept (7) jours ouvrables.

C. Modalités de paiement

- Net trente (30) jours à compter de la date de facturation.
- Les paiements par Visa et Mastercard sont acceptés et seront facturés à la date d'expédition.

D. Prix / tarification

- Tous les prix sont indiqués en dollars canadiens, F.A.B. Montréal, Québec, Canada.
- Les prix sont modifiables sans préavis.
- Ces prix n'incluent pas les taxes de vente ou droits de douane applicables.
- Les envois sont prépayés et les frais de transport seront ajoutés à la facture.
- Les frais de transport standard n'incluent pas les frais d'assurance.

E. Frais de service

- Tous les montants en souffrance sont soumis à des frais de service mensuel de 1,5 %, avec un taux annuel effectif de 18 %.

F. Expédition

- OP offre un service d'expédition standard par voie terrestre gratuit pour toute commande admissible de plus de 500 \$ avant taxes et frais d'expédition, à l'exclusion des codes postaux applicables qui font l'objet d'un « supplément de zone de livraison » de la part des transporteurs (c.-à-d. les zones éloignées).
 - L'offre de livraison gratuite par voie terrestre est valable pour toute commande, à l'exclusion des commandes de boîtes pour prises d'empreinte de pied en mousse, d'articles volumineux ou lourds pesant plus de 31,75 kg (70 lb) ou dépassant 122 cm (48 po) de longueur ou 330 cm (130 po) de circonférence.
- Les frais d'expédition ne sont pas remboursés pour les articles retournés.
- Nous nous réservons le droit de modifier notre politique de livraison gratuite et nos tarifs d'expédition en tout temps, sans préavis.

F. Politique de retour de marchandises

1. Tout retour de marchandise doit être autorisé par un représentant au service à la clientèle (RSC) d'OrtoPed.
2. Chaque demande doit être accompagnée des renseignements suivants :
 - Nom et adresse du client
 - Numéro de la facture
 - Date de la facture
 - Numéro du bon de commande du client
 - Quantité, numéro d'article et description de l'article
 - Raison de retour
3. L'envoi de retour doit être coordonné avec le/la RSC, qui vous communiquera le mode de transport à utiliser et l'adresse où retourner le produit. Un numéro d'autorisation de retour sera généré et devra être clairement référencé avec la marchandise retournée. La marchandise doit être retournée dans les délais fixés par la politique de retour d'OrtoPed. Un crédit sera accordé suite à une inspection satisfaisante de la marchandise. Les articles non accompagnés d'une autorisation de retour (AR) seront refusés et retournés aux frais du client.
4. Toute marchandise commandée par erreur doit être retournée fret prépayé et est sujette à des frais de réapprovisionnement.
5. Les demandes de retours ne sont pas autorisées pour les articles suivants :
 - Tout article qui n'a pas été acheté auprès d'OrtoPed
 - Commandes de produits fabriqués sur mesure
 - Produits à microprocesseur (ex. : piles, main Covvi Nexus, etc)
 - Bas prothétiques de taille régulière et sur mesure
 - Équipement
 - Matières premières
 - Produits périmés ou à courte date d'expiration
 - Marchandise achetée depuis plus de 60 jours
 - Produits qui ne sont pas dans leur emballage d'origine
 - Produits non remboursables selon nos politiques et procédures de fabricant

G. Politique de garantie

- Les garanties varient en fonction du produit et du fabricant. OrtoPed aidera à coordonner les réparations sous garantie avec le fabricant et, dans certains cas, remplacera la marchandise au nom du fabricant. Veuillez contacter (RSC) pour obtenir une autorisation de retour (RA) avant d'expédier des articles sous garantie ou pour réparation
- Les articles sous garantie ou défectueux renvoyés à OrtoPed doivent être accompagnés d'une note expliquant la défectuosité du produit et du numéro d'autorisation de retour.

