

IDENTIFICATION

Adresse de facturation / Bill to address		Adresse de livraison / Ship to address	
Nom de la clinique / Clinic's name			
Contact / Contact			
Adresse / Address			
Ville / City	Prov.		Prov.
Code postal / Postal code			
Adresse Courriel / E-mail address			
N° téléphone / Telephone #		N° télécopieur / Fax #	
☒ Langue / Language ☐ Français ☐ English	☐ Accepte rupture de stock / Accept back orders ?	oui / yes non / no	☐ ☐
Heures et jours d'ouverture :	☒ Ouvert à l'heure du lunch / Open at lunch time ?	oui / yes non / no	☐ ☐
Si fermé à l'heure du lunch, SVP spécifier la période :			
If closed at lunch time, please specify the time frame :			

MÉTHODE DE PAIEMENT - METHOD OF PAYMENT

☐ Carte de crédit / Credit Card VISA ☐ Master Card ☐	No de Carte / Card number: _____ Date d'exp. / Exp. Date: _____ Nom du détenteur de la carte/Cardholder name: _____
☐ Compte Direct (Remplir sections "Renseignements crédit et bancaires") ☐ Direct Account (Fill in "Credit and Banking information")	

RENSEIGNEMENTS DE CRÉDIT - CREDIT INFORMATION

Expérience de crédit / Credit references:	N° client / customer number:
1. _____	_____
2. _____	_____

RENSEIGNEMENTS BANCAIRES - BANKING INFORMATION

Banque / Bank:	N° compte / Account #
Adresse / Address:	Contact
Telephone / Phone:	

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX - GENERAL INFORMATION

Nom des directeurs, associés ou propriétaires / Principals (owners, partners or officers)	
1. Nom / name:	Titre / Title:
Adresse / address:	
2. Nom / name:	Titre / Title:
Adresse / address:	

TERMES ET CONDITIONS - TERMS AND CONDITIONS

Autorisation: J'autorise LSU à obtenir ou échanger des renseignements personnels avec tout agent de renseignement aux fins d'établir ou de vérifier ma situation financière. Termes: Net 30 jours / carte de crédit acceptée Acceptation Je déclare que tous les renseignements fournis sont exacts et j'accepte de me conformer aux conditions ci-haut mentionnées. SIGNATURE DU CLIENT: CUSTOMER'S SIGNATURE: _____	Authorization: I authorize LSU to obtain or exchange personal information with any personal information agent towards establishing or verifying my financial standing. Terms: Net 30 days / credit card accepted Agreement: I declare that all the information given on this application is true & I will comply with the above mentioned conditions. Date: _____
--	--

SVP RETOURNEZ PAR COURRIEL : VACCINS@LSU3PL.CA ou TÉLÉCOPIEUR : 450-552-8085 / 1-844-552-8085
PLEASE RETURN BY EMAIL : VACCINES@LSU3PL.CA or FAX : 450-552-8085 / 1-844-552-8085

POUR TOUTES QUESTIONS : vaccins@lsu3pl.ca ou SERVICE À LA CLIENTELE : 1-877-699-8093
FOR QUESTIONS : vaccines@lsu3pl.ca or CUSTOMER SERVICE: 1-877-699-8093