



APPLICATION DE CRÉDIT
CREDIT APPLICATION

1124 Achigan Nord. L'Épiphanie. QC. J5X 3L4
1.514.835.0554 – info@balthazarddistribution.com - www.balthazarddistribution.com

DATE : \_\_\_\_\_

REP : \_\_\_\_\_

NOM COMPLET DE L'ENTREPRISE / FULL ENTERPRISE NAME

ADRESSE (INCLUANT VILLE – PROVINCE – CODE POSTAL) / ADDRESS INCLUDING CITY – STATE – AREA CODE)

TÉLÉPHONE / PHONE NUMBER

# FAX

NOM DE LA PERSONNE CONTACT / CONTACT NAME

TÉLÉPHONE / PHONE NUMBER

EMAIL

NOM DE LA BANQUE / BANK NAME

ADRESSE DE LA BANQUE / BANK ADDRESS

TÉLÉPHONE DE LA BANQUE / BANK PHONE NUMBER

PERSONNE CONTACT / CONTACT NAME

RÉFÉRENCES / REFERENCES

NOM COMPLET

ADRESSE / ADDRESS

TÉLÉPHONE / PHONE NUMBER

NOM COMPLET

ADRESSE / ADDRESS

TÉLÉPHONE / PHONE NUMBER

PREMIÈRE COMMANDE DOIT ÊTRE PAYÉE PAR CARTE DE CRÉDIT / FIRST ORDER NEED TO PAY WITH CREDIT CARD
INFORMATION CARTE DE CREDIT / CREDIT CARD INFORMATION

NOM SUR LA CARTE / CARDHOLDER'S NAME

# CARTE DE CRÉDIT / CREDIT CARD #

DATE EXPIRATION (MM/AA) / EXPIRATION DATE (MM/YY)

# VÉRIFICATION (VISA & MC : 3 CHIFFRES À L'ARRIÈRE DE LA CARTE / AMEX : 4 CHIFFRES EN AVANT DE LA CARTE)
VERIFICATION # (VISA & MC : 3 DIGITS BACK OF CARD / AMEX : 4 DIGITS FRONT OF CARD)

X
SIGNATURE

✓ EN SIGNANT CE DOCUMENT, J'AUTORISE LA COMPAGNIE BALTHAZARD DISTRIBUTION INC. A UTILISER NOS DONNEES DE CARTE DE CREDIT, POUR FIN DE PAIEMENT LORS DE NOS ACHATS AVEC CETTE MEME ENTREPRISE. EN AUCUN CAS, J'AUTORISE L'UTILISATION DE CETTE CARTE A DES FINS AUTRES QUE CELLES MENTIONNEES CI-HAUT.

✓ EN SIGNANT CE DOCUMENT JE CONSCENS À REVENDRE LES PRODUITS EC3D, ANGEL CARE ET 110% AU MINIMUM LE DOUBLE DU PRIX D'ACHAT.

✓ BY SIGNING THIS DOCUMENT, I AUTHORIZE BALTHAZARD DISTRUBUTION INC. COMPANY TO USE MY CREDIT CARD INFORMATION, FOR PAIEMENTS IN REGARDS TO PURCHASES WITH THAT SAME COMPANY. UNDER NO CIRCUMSTANCES, DO I AUTHORIZE THIS CARD TO BE USED FOR ANY OTHERS PURPOSES.

✓ BY SIGNING THIS DOCUMENT, I AGREE TO SALE EC3D PRODUCTS, ANGEL CARE AND 110% AT A MINIMUM OF DOUBLE THE SALE PRICE.