

DEMANDE D'OUVERTURE DE COMPTE CLIENT

** Champs obligatoires*

Coordonnées

Nom de la Société*

Société* Auto-Entrepreneur*

Adresse de facturation :

Adresse*

.....

Code postal / Ville*

Téléphone*

Fax*

E-mail

Siret*

NAF/APE*

TVA Intracommunautaire*

Adresse de livraison (si différente) :

Adresse

.....

Code postal / Ville

Téléphone

Fax

DEMANDE D'OUVERTURE DE COMPTE CLIENT

** Champs obligatoires*

Interlocuteurs

Je coche les personnes autorisées à effectuer les achats et paiements au nom de la société.

Dirigeant	Nom / Prénom*	<input type="checkbox"/>
	Ligne directe Fax	
	Mobile	
	E-mail*	
Service Achats	Nom / Prénom*	<input type="checkbox"/>
	Ligne directe Fax	
	Mobile	
	E-mail*	
Comptabilité	Nom / Prénom*	<input type="checkbox"/>
	Ligne directe Fax	
	Mobile	
	E-mail*	
Autre employé	Nom / Prénom*	<input type="checkbox"/>
	Ligne directe Fax	
	Mobile	
	E-mail*	

DEMANDE D'OUVERTURE DE COMPTE CLIENT

* Champs obligatoires

Banque

Nom de la banque*
Adresse*
Code postal / Ville*

Conditions de règlement

AU COMPTANT

(IMPORTANT : Toute première commande fait l'objet d'un paiement comptant.)

Mode de règlement : CB
 VIREMENT

Fait à le ... / ... /
Nom et qualité du Signataire et Cachet

IMPORTANT

Pour procéder à l'ouverture de votre compte client, veuillez bien nous communiquer les documents suivants :

- ce formulaire signé et tamponné
- **K-Bis** (de moins de 3 mois, tamponné et signé par le Greffe) ou **Avis de situation de l'INSEE** (auto-entrepreneurs, avis de moins de 3 mois)
- RIB
- Papier en-tête
- Pièce d'identité du dirigeant
- Conditions Générales de Ventes SAB signées et tamponnées
- Loi Châtel SAB signée et tamponné

PAR FAX : 04 99 52 89 24
ou PAR MAIL à votre commercial(e)
ou PAR COURRIER : SAB INTERNATIONAL, Service Grossiste,
 ZAC de Tournezy, 137 rue Maurice Le Boucher, 34070 MONTPELLIER