



LES SERVICES PROFESSIONNELS MS

une division de la Corporation du Développement D'affaire X ACT

Formulaire Nouveau Client – Ouverture de Compte

Clinique: _____ Site Web: _____

Adresse: _____

Ville: _____ Province: _____ C Postal: _____

Téléphone: _____ Courriel: _____

Nom Contact Horaire: _____ Tel et Poste: _____ Courriel: _____

Nom Comptes Payable: _____ Tel et Poste: _____ Courriel: _____

Nom Signataire Principale: _____ Tel et Poste: _____ Courriel: _____

Autres Tel et Cellulaires Important: _____

Autres Info Pertinent: _____ CodeAlarme: _____

TERMES ET CONDITIONS DE NOS SERVICES

-LE TAUX HORRAIRE DE NOS SERVICES EST DE ____ \$/H ____ (*initiales*)

-LE COMPTE EST PAYABLE SUR PRESENTATION DE LA FACTURE

-LE MINIMUM FACTURABLES QUOTIDIEN EST DE 6 HEURES

-DES FRAIS EQUIVALENT A 5 HEURES SERONT IMPOSÉS SUR TOUTES CANCELLATIONS À MOINS DE 48 HEURES DE PRÉAVIS

Plus les frais de déplacements (s'il y a lieu)

*DES FRAIS SUPPLÉMENTAIRES SERONT IMPOSÉS SUR TOUT DÉPLACEMENTS À L'EXTÉRIEUR DE LA ZONE DE SERVICE PRINCIPALE

Les coût de stationnement sont en sus et facturable (s'il y a lieu)

*VEUILLEZ NOTER QUE LE RAYON DE SERVICE PRINCIPAL EST DE 30 KM À COMPTER DU CODE POSTAL J7V 9Z1

EXEMPLE: MONTREAL, OUEST DE L'AUTOROUTE 15 - LAVAL, OUEST DE L'AUTOROUTE 15 ET SUD DE LA 440 - AUTOROUTE 20 EST DE VALLEYFIELD

(LES EXEMPLES SONT UNIQUEMENT À TITRE D'INFORMATIONS, COMMUNIQUEZ AVEC NOUS POUR LES DÉTAILS PRÉCIS SUR TOUTES LES ZONES DE SERVICE)

Signature autorisée: _____ **Date:** _____

IMPORTANT: Veuillez remettre votre formulaire signé par courriel - servicesproms@icloud.com