



DEMANDE D'OUVERTURE DE COMPTE

Veillez choisir l'une des options suivantes qui décrit le mieux votre affiliation à Medline

Fonction publique (comptes gouvernementaux)

Secteur hors hospitalier (médecins/dentistes/sages-femmes/infirmière avec permis d'exercice)

Autre (veuillez préciser)

Si vous êtes un vendeur de médicaments d'ordonnance, veuillez nous fournir une copie de votre licence d'établissement de produits pharmaceutiques (LEPP) pour la vente en gros.
Si vous êtes un médecin/pharmacien qui peut administrer ou prescrire des médicaments sur ordonnance, veuillez nous fournir une copie de votre permis.

Section 1 : Informations client

Dénomination sociale enregistrée

N° d'enregistrement (le cas échéant)

Type d'entreprise

Date d'établissement de l'entreprise (JJ/MM/AAAA)

Praticien ou propriétaire-exploitant

N° de permis d'exercice*

Représentant des ventes de Medline

*médecins/dentistes/sages-femmes/infirmières-praticiennes/pharmaciens/podiatres

N° TPS/TVH

N° TVQ/TVP

Adresse de facturation

Numéro civique

Rue

Numéro de suite/bureau

Ville

Province

Code postal

Personne ressource (obligatoire)

Courriel (obligatoire)

Téléphone

Télécopieur

Plateforme de commande Internet (Ne s'applique pas aux hôpitaux, à la vente au détail et aux particuliers)

Personne ressource

Courriel

Adresse de livraison (si différente de l'adresse de facturation)

Numéro civique

Rue

Numéro de suite/bureau

Ville

Province

Code postal

Adresse de livraison (applicable seulement s'il y a plus d'une adresse de livraison)

Numéro civique

Rue

Numéro de suite/bureau

Ville

Province

Code postal

Montant de crédit demandé (obligatoire)

2 000 \$

5 000 \$

10 000 \$

20 000 \$

Autre

Nom du représentant autorisé (obligatoire)

Signature (obligatoire)

Date (JJ/MM/AAAA) (obligatoire)

