



Formulaire de création de compte client

Merci de nous retourner cette fiche dûment complétée à : mtd@adqvalve.com

Raison sociale			
Adresse de livraison	RUE :		
	CODE POSTAL :	VILLE :	
Téléphone		Fax	
Site internet			
Forme juridique		Activité	
Rattachement Groupe / Centrale d'Achats			
N° de SIRET			
Code NAF 2008			
N° TVA Intracommunautaire			
Responsable de la Société	Adresse mail :		
Responsable Commercial	Adresse mail :		
Responsable Comptabilité	Adresse mail :		
Adresse de facturation (si différente de l'adresse De livraison). Dans ce cas merci de communiquer le n° de SIRET			
Tél. Direct/Fax comptabilité			
Adresse mail pour réception facture :			
Mode de règlement	<input type="checkbox"/> LCR DIRECTE A 45 JOURS FIN DE MOIS <input type="checkbox"/> VIREMENT A 45 JOURS FIN DE MOIS		
RIB	MERCI DE LE JOINDRE DANS TOUS LES CAS		
INTERLOCUTEUR PRINCIPAL			
Interlocuteur			
Téléphone / Portable			
Email			
Nom et adresse mail pour AR			

