



## FORMULAIRE OUVERTURE DE COMPTE

A nous retourner par fax au 09 70 61 01 12 ou mail [commande@bcs-solution.com](mailto:commande@bcs-solution.com)

### ADRESSE

#### Facturation

#### Livraison

Société :	
Adresse :	
CP :	Ville :
Mail :	
Tel. :	
Fax :	

Société :	
Adresse :	
CP :	Ville :
Mail :	
Tel. :	
Fax :	

<u>RCS</u> :	<u>N° TVA Intra.</u> :	<u>APE</u> :	<u>Capital</u> :
--------------	------------------------	--------------	------------------

### CONTACTS

Dirigeant :
Comptable :
Resp. Achats :
Resp. Technique :

### COMPTABILITE

Conditions de règlement souhaitées: * a réception de facture avec escompte 1%, Fin de mois, 30 Jours (1ere commande à réception de facture)		
Mode de paiement souhaité :	Virement – prélèvement - chèque	Conditions retenues BCS :
Encours souhaité: (en Euros)	N° de client :	Date :

*\* Sous réserve d'acceptation (voir nos Conditions Générales de Vente)*

**Joindre Impérativement : RIB, Papier à entête, Copie carte identité du gérant, Extrait KBIS**

Je soussigné : \_\_\_\_\_ reconnais avoir pris connaissance des CGV, et les accepte.

**Bon pour accord Tampon et Signature :**