



SICOLA LTÉE
C.P. 1114, MIRABEL, QC, J7J 1A1
Tél.: 514.993.3939 / Fax: 450.818.3439
sicola@videotron.ca

SICOLA LTÉE tient à vous assurer la confidentialité et la sécurité de vos renseignements personnels.

SOLVABILITÉ PERSONNELLE

Nom: _____ Prénom: _____
Adresse résidentielle: _____ (no civique, nom de rue)
_____ (ville, province, code postal)
No tél. résidence: (____) _____
No cellulaire: (____) _____
Date de naissance: _____ - _____ - _____ (jour - mois - année)
No d'assurance social: _____ - _____ - _____

SOLVABILITÉ COMMERCIALE

Nom: _____
No de l'entreprise: _____ (NEQ) ____ - ____ - ____ (date d'enregistrement)
Adresse (siège social): _____ (no civique, nom de rue)
_____ (ville, province, code postal)
No tél. affaire: (____) _____ Fax: (____) _____
Nom des Actionnaires: (1) _____
(2) _____
Responsable de l'entreprise: _____ titre: _____

INSTITUTION FINANCIERE

Nom: _____
Adresse: _____ (no civique, nom de rue)
_____ (ville, province, code postal)
No téléphone: (____) _____
No de compte: _____
Contact: _____ (nom du responsable de votre dossier)

FOURNISSEUR (1)

Nom: _____
Adresse: _____ (no civique, nom de rue)
_____ (ville, province, code postal)
No téléphone: (____) _____

FOURNISSEUR (2)

Nom: _____
Adresse: _____ (no civique, nom de rue)
_____ (ville, province, code postal)
No téléphone: (____) _____

J'autorise le demandeur et la firme de crédit mandatée par celui-ci, à se procurer tous les renseignements bancaires et toutes références jugés nécessaires et que toutes personnes soient autorisées, par la présente, à lui fournir de tels informations.

Signé à: _____ (ville), ce _____ - _____ - _____ (jour - mois - année)

Signature: _____