

PROFESSIONAL ACCOUNT CREDIT APPLICATION / DEMANDE D'OUVERTURE DE COMPTE CLIENT PROFESSIONNEL

Legal Business Name / Dénomination Sociale du Magasin : _____

Billing Address / Adresse de Facturation : _____

Shipping Address (if different) / Adresse de Livraison (si différente) : _____

Email / Courriel : _____ Tel: _____ Fax: _____

Contact : _____ Accounting contact / Responsable Comptable: _____

Business Website / Site Internet: _____

<p>FIRST ORDER receives a minimum of 5% discount and free ground shipping. First 2 orders MUST be paid by Credit Card at the time of shipping / VOTRE PREMIERE COMMANDE recevez un rabais minimum de 5% et la livraison est gratuite. Les 2 premières commandes DOIVENT être réglées par Carte de Crédit lors de l'envoi de la com-mande.</p> <p>Credit Card # / N° Carte de Crédit : _____ Expiry / Date d'expiration : _____ <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> AMEX</p> <p>Signature: _____ PST# / QST # : _____ GST# : _____</p>	<p>FUTURE BILLING / PAIEMENTS FUTURS:</p> <p><input type="checkbox"/> Auto Credit Card (charged at the time of shipping) / par Carte de Crédit automatique (prélevé au moment de l'envoi de la commande)</p> <p><input type="checkbox"/> 1% 10/Net 30 days (EFT,Cheque) / 1% 10/30 jours net (Chèque,Virement)</p> <p><i>If Net 30 days please fill out the section below / En cas de 30 jours net, remplissez la section ci-dessous.</i></p>
--	--

Bank / Banque: _____	Branch# / N°Guichet : _____	Account# / N° de Compte : _____
Trade References / Références Commerciales :		
1. _____		
2. _____		
3. _____		

Type of Practice (Please tick all applicable) / Métier pratiqué (Sélectionner toutes les cases appropriées) :

<input type="checkbox"/> Dr. TCM / Dr en Médecine Traditionnelle Chinoise	<input type="checkbox"/> R.TCM.H. / Dr certifié en MTC et phytothérapie
<input type="checkbox"/> R.TCM.Ac (Acup) / Dr. certifié en MTC et Acuponcture	<input type="checkbox"/> R.TCM.P. / Pratitien certifié en MTC
<input type="checkbox"/> Registered Herbalist / Médecin certifié en Phytothérapie	<input type="checkbox"/> Registered Nutritionist / Nutritionniste Certifié
<input type="checkbox"/> Homeopath / Homéopathie	<input type="checkbox"/> DC (Chiropractor) / Chiropraticien
<input type="checkbox"/> Pharmacist / Pharmacien	<input type="checkbox"/> MD / Docteur en Médecine
<input type="checkbox"/> ND / Naturopathe	<input type="checkbox"/> Other / Autre _____

PLEASE INCLUDE A COPY OF CERTIFICATION OR REGISTRATION /MERCİ D'INCLURE UNE PHOTOCOPIE DE VOTRE CERTIFICAT

The above information is herewith submitted for the purpose of opening an account with Ecotrend Ecologics Ltd. and I do hereby certify this information to be true. Further I verify that I am a principal or officer of the company or am authorized to legally bind the company. I certify that the business identified herewith is a retail or professional business and is purchasing product for resale only. All applicable sales taxes will be collected by the business at the time of sale to a customer. All product remains the property of Ecotrend Ecologics Ltd. until paid in full. I have read and agreed to the terms outlined above.

Les informations ci-dessus sont recueilli aux seules fins d'ouvrir un compte client chez Ecotrend Ecologics Ltd. Je certifie ainsi ces informations pour être vraies et j'ai lu et approuvé les termes et conditions de vente. Je certifie que l'entreprise identifiée dans ce document est un commerce de détail ou professionnel qui achète des produits pour la revente seulement. Toutes les taxes de vente applicables seront collectées par le commerce de détail au moment de la vente au client. Tout produit reste la propriété d'Ecotrend Ecologics Ltd jusqu'au paiement complet. En outre, je certifie être le(la) directeur (directrice) ou un(e) dirigeant(e) ou autorisé à représenter légalement la société.

 Name of Authorized Person / Nom de la Personne Autorisée

 Position / Poste

 Signature

 Date