CÉGEP DU VIEUX MONTRÉAL

REMPLIR ET TRANSMETTRE PAR COURRIEL À: approvisionnement@cvm.qc.ca

FICHE CLIENT / FOURNISSEUR

Nom d'entreprise (raison sociale):_____
Adresse : _____
Ville: _____ **Code postal:** _____
Téléphone :_____ **Télécopieur** : _____
Site internet : _____

Numéro d'entreprise (NEQ): _____

Numéro de licence RBQ : _____

TPS/TVH: _____ **TVQ:** _____

STATUT JURIDIQUE

☐**Entreprise individuelle**		☐**Personne physique n'exploitant pas une entreprise individuelle**
☐**Société en nom collectif**		☐**Société en commandite**
☐**Société en participation (Coentreprise ou regroupement)** (Joindre obligatoirement la liste des membres)		
☐**Société par actions**	☐**Régime fédéral**	
	☐**Régime provincial**	☐**Québec**
		☐**Autre** (préciser) **:** _____

VENTE

Nom du représentant : _____
Titre : _____
Courriel : _____
Téléphone : _____
Télécopieur : _____

COMMANDE

Nom du représentant : _____
Titre : _____
Courriel : _____
Téléphone : _____
Télécopieur : _____

Pour toute question vous pouvez communiquer avec nous, au service de l'approvisionnement au 514-982-3440