



## RESERVÉ AU DÉPARTEMENT CONTRÔLE DE CRÉDIT

CREDIT LIMITÉ (BE) .....

FILIALE .....

COMPTE OUVERT .....

NUMERO DE COMPTE .....

SIGNATURE .....

## DEMANDE D'OUVERTURE D'UN COMPTE DE CRÉDIT

(TOUTES LES SECTIONS DOIVENT ÊTRE REMPLIES)

### 1. NOM ET ADRESSE COMMERCIALE (Adresse de facturation)

.....

.....

.....

.....

CODE POSTAL: .....

TÉL: .....

E-MAIL: .....

### 3. ADRESSE DU SIÈGE SOCIAL (Société anonyme) ou ADRESSE PRIVÉE (Société privée)

.....

.....

.....

.....

CODE POSTAL: .....

FAX: .....

TÉL: .....

SITE WEB : .....

### 4. NUMÉRO DE TVA:

.....

### 5. NOM ET ADRESSE DES DIRECTEURS OU PARTENAIRES

NOM: .....

NOM: .....

FONCTION: .....

FONCTION: .....

TÉL: .....

TÉL: .....

E-MAIL: .....

E-MAIL: .....

### 6. ANNÉE D'ÉTABLISSEMENT

.....

### 7. NOMBRE D'INGÉNIEURS

.....

### 8. QUEL POURCENTAGE DE VOS AFFAIRES EST BASÉ SUR LA SÉCURITÉ ?

.....

### 9. DÉPENSES ANNUELLES DANS LE DOMAINE DE LA SÉCURITÉ

.....

# Formulaire de demande client



## 10. NOMS DES PERSONNES DE CONTACT

CLIENT

ACHETEUR

NOM: .....

NOM: .....

FONCTION: .....

FONCTION: .....

TÉL: .....

TÉL: .....

E-MAIL: .....

E-MAIL: .....

## 11. VEUILLEZ DONNER LES NOMS ET ADRESSES DE DEUX SOCIÉTÉS QUI FOURNISSENT DES BIENS À CRÉDIT À QUI ON PEUT DEMANDER DES RÉFÉRENCES

1. ....

2. ....

.....

.....

.....

.....

TÉL: .....

TÉL: .....

## 12. NOM ET ADRESSE DE LA BANQUE

.....

.....

.....

.....

N° DE COMPTE: .....

CODE DE LA BANQUE: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## 13. MONTANT DU CRÉDIT REQUIS

€ ..... par mois

## 14. PRÉFÉRENCE DE CONTACT

FACTURES PAR E-MAIL: .....

ÉTATS DE PAIEMENT VIA E-MAIL: .....

## 15. QUELS SYSTÈMES INSTALLEZ-VOUS ?

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> INTRUSION            | <input type="checkbox"/> CONTRÔLE D'ACCESS     | <input type="checkbox"/> INCENDIE                         |
| <input type="checkbox"/> DÉTECTION EXTÉRIEURE | <input type="checkbox"/> INFRASTRUCTURE RÉSEAU | <input type="checkbox"/> CÂBLE & HARDWARE                 |
| <input type="checkbox"/> VIDÉO                | <input type="checkbox"/> SOLUTIONS-IP          | <input type="checkbox"/> AUTRES (veuillez préciser) ..... |
| <input type="checkbox"/> VIDÉO IP             | <input type="checkbox"/> VIDÉOPARLOPHONIE      | .....   |

## 16. ACCRÉDITATION

- INTRUSION INCERT: .....
- VIDÉO INCERT: .....
- TOBBACK: .....
- ISO: .....
- VCA: .....
- AUTRES (s'il vous plaît préciser): .....

## 17. NATURE DE VOTRE ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> INSTALLATEUR D'ÉQUIPEMENTS DE SÉCURITÉ  | <input type="checkbox"/> CONSULTANT EN SÉCURITÉ   | <input type="checkbox"/> GOUVERNEMENT / SERVICES PUBLICS |
| <input type="checkbox"/> GROSSISTE EN PRODUITS ÉLECTRIQUES       | <input type="checkbox"/> INSTALLATEUR RÉSEAU      | <input type="checkbox"/> INGÉNIEUR ÉLECTRICITÉ           |
| <input type="checkbox"/> ELECTRICIEN                             | <input type="checkbox"/> SPÉCIALISTE INFORMATIQUE | <input type="checkbox"/> INGÉNIEUR SÉCURITÉ INCENDIE     |
| <input type="checkbox"/> CONSULTANT EN SÉCURITÉ INCENDIE         | <input type="checkbox"/> SOCIÉTÉ DE SURVEILLANCE  | <input type="checkbox"/> ARCHITECT                       |
| <input type="checkbox"/> AUTRES (s'il vous plaît préciser) ..... | <input type="checkbox"/> SERRURIER                |  |

## 18. VOS FOURNISSEURS ACTUELS

NOM DU FOURNISSEUR:

PRODUITS FOURNIS:

.....

.....

.....

.....

# Formulaire de demande client



## 19. QUELS SECTEURS DE L'INDUSTRIE APPROVISIONNEZ-VOUS D'HABITUDE ?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> VENTE AU DÉTAIL            | <input type="checkbox"/> BUREAU COMMERCIAL  |
| <input type="checkbox"/> CONSTRUCTION               | <input type="checkbox"/> TRANSPORT          |
| <input type="checkbox"/> SECTEUR PUBLIC             | <input type="checkbox"/> BANQUE UNIVERSELLE |
| <input type="checkbox"/> MANUFACTURIER / INDUSTRIEL | <input type="checkbox"/> FINANCE            |
| <input type="checkbox"/> AUTRE (veuillez préciser)  | <input type="checkbox"/> DOMESTIQUE         |

## 21. À QUELS INTERVALLES DÉSIREZ-VOUS RECEVOIR DES COMMUNICATIONS ?

- HEBDOMADAIRE  
 MENSUEL  
 JAMAIS

## 24. AVEZ-VOUS UN HISTORIQUE COMMERCIAL AVEC ADI GLOBAL ? VEUILLEZ DONNER DES DÉTAILS (y compris la filiale)

.....  
.....  
.....

## 20. PRÉFÉRENCES DE COMMUNICATION

Veuillez prendre le temps de nous dire quel type d'information vous désirez recevoir de nous. Vous pouvez vous désabonner à tout moment en mettant à jour le présent formulaire ou en cliquant sur le lien SE DÉSABONNER sur l'e-mail.

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> FORMATIONS                                | <input type="checkbox"/> NEWSLETTER ADI GLOBAL                 | <input type="checkbox"/> OFFRES SPÉCIALES                           |
| <input type="checkbox"/> EXHIBITIONS RÉGIONALES                    | <input type="checkbox"/> ANNONCES IMPORTANTES                  | <input type="checkbox"/> MISES À JOUR DE L'INDUSTRIE/RÉGLEMENTAIRES |
| <input type="checkbox"/> MISES À JOUR PRODUITS / NOUVEAUX PRODUITS | <input type="checkbox"/> COMMUNIQUÉS DE PRESSE / ÉTUDES DE CAS |   |
| <input type="checkbox"/> JE NE SOUHAITE PAS ÊTRE CONTACTÉ          |  |   |

QUEL MOYEN DE COMMUNICATION PRÉFÉREZ-VOUS ?

- E-MAIL     SMS     TÉLÉPHONE     COURRIER POSTAL

## 22. PAR QUELLE VOIE AIMERIEZ-VOUS RECEVOIR NOTRE(NOS) GUIDE(S) PRODUITS ?

- IMPRIMÉ     DIGITAL

## 23. AIMERIEZ-VOUS FAIRE USAGE DE NOS POSSIBILITÉS DE COMMANDER EN LIGNE ?

- OUI     NON

Vos données fournies dans ce formulaire seront gardées par ADI Global Distribution conformément à la loi actuelle sur la protection des données, aux fins de fournir le service que vous avez demandé. En signant ce formulaire de demande, vous nous donnez l'autorisation de vous envoyer des informations à propos d'ADI Global Distribution et de ses produits et services. Si vous ne souhaitez pas que les informations fournies dans ce formulaire, ou dans des demandes précédentes, soient utilisées pour vous informer à propos des produits et services d'ADI Global Distribution,

veuillez cocher cette case.

Je comprends/Nous comprenons que cette demande concerne l'ouverture d'un Compte de Crédit chez: ADI Global Distribution.

Je comprends/Nous comprenons que vos conditions de crédit sont telles que le paiement est dû sans délai à la fin du mois suivant le mois de la facture et que, si crédit accordé, je suis/nous sommes d'accord de payer conformément à ces conditions.

Je comprends/nous comprenons qu'il est probable que vous ferez une recherche auprès d'une agence de référence de crédit, qui gardera une copie de cette recherche et partagera cette information avec d'autres sociétés. Vous pouvez également demander des renseignements au sujet des directeurs principaux avec une référence de crédit.

J'ai/Nous avons lu et j'accepte/nous acceptons les conditions indiquées au verso du présent formulaire. Vous en trouverez également une copie sur notre site Web à la page « Conditions Générales de Vente ».

VEUILLEZ JOINDRE UNE COPIE DE L'EN-TÊTE DE VOTRE SOCIÉTÉ ET RENVOYER LE PRÉSENT FORMULAIRE DE DEMANDE, DUMENT COMPLÉTÉ ET SIGNÉ, À L'ATTENTION DE :

DATE : .....

NOM EN MAJUSCULES : .....

.....

VOTRE FONCTION : .....

E-MAIL: .....

TÉL: .....

SIGNATURE (Directeur/Partenaire): .....

.....