

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION

INFORMATION GÉNÉRALES

Raison sociale: _____

Adresse postale: _____

Personne ressource: _____

Téléphone: _____

Fax: _____

Courriel: _____

Site web: _____

Propriétaire ou représentant légal: _____

Numéro d'entreprise: _____

Date d'enregistrement: _____

AGENT/REPRÉSENTANT

Nom: _____

Téléphone: _____

Courriel : _____

TYPE D'ORGANISATION (s'il-vous-plait cochez)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Individuelle | <input type="checkbox"/> Société publique à responsabilité limitée |
| <input type="checkbox"/> Partenariat | <input type="checkbox"/> Société privée à responsabilité limitée |
| <input type="checkbox"/> Organisation à but non-lucratif | <input type="checkbox"/> Autre, précisez: _____ |

Toronto office

480 University Ave., Suite 800
Toronto ON, M5G 1V2
T +1 416 598.1566 F +1 416 598.1610
E-mail toronto@ice.it
Web. www.italtrade.com

Montreal office

1000 rue Sherbrooke ouest, bur. 1720
Montréal, QC, H3A 3G4
T +1 514 284.0265- F +1 514 284.0362
E-mail montreal@ice.it
Web. www.italtrade.com

TYPE D'ACTIVITÉS (s'il-vous-plait cochez)

- Manufacturier Construction Commerce Conseil
 Fournisseur de services Autre, précisez: _____

Veillez décrire l'activité principale de la société : _____

INFORMATIONS SUR L'ENTREPRISE

Chiffre d'affaires (dernière année financière) Terminée: __/__/__ \$CA:

Année précédente Terminée: __/__/__ \$CA:

Année précédente Terminée: __/__/__ \$CA:

N^{bre} d'employés: _____ N^{bre} de succursales: _____

N^{bre} de bureaux internationaux: _____

SOCIÉTÉS AFFILIÉES/SOCIÉTÉS DE PORTEFEUILLE/FILIALES

Nom _____

Adresse _____

Nature de l'affiliation _____

Nom _____

Adresse _____

Nature de l'affiliation _____

Nom _____

Adresse _____

Nature de l'affiliation _____

Toronto office

480 University Ave., Suite 800
Toronto ON, M5G 1V2
T +1 416 598.1566 F +1 416 598.1610
E-mail toronto@ice.it
Web. www.italtrade.com

Montreal office

1000 rue Sherbrooke ouest, bur. 1720
Montréal, QC, H3A 3G4
T +1 514 284.0265- F +1 514 284.0362
E-mail montreal@ice.it
Web. www.italtrade.com

PERSONNES AUTORISÉES À SIGNER LES APPELS D'OFFRES, LES OFFRES ET LES CONTRATS

Nom _____

Fonction _____ Téléphone / Fax _____

Nom _____

Fonction _____ Téléphone / Fax _____

Nom _____

Fonction _____ Téléphone / Fax _____

RÉFÉRENCES BANCAIRES:

Banque du bénéficiaire: _____

Nom du bénéficiaire: _____

No. de transit.: _____

No. d'identification de la succursale.: _____

No. de compte: _____

SWIFT: _____

IBAN: _____

RÉFÉRENCES

Date (jr/mm/aa)	Service / Produit	Valeur (CAD)	Client/contact et téléphone

Toronto office

480 University Ave., Suite 800
 Toronto ON, M5G 1V2
 T +1 416 598.1566 F +1 416 598.1610
 E-mail toronto@ice.it
 Web. www.italtrade.com

Montreal office

1000 rue Sherbrooke ouest, bur. 1720
 Montréal, QC, H3A 3G4
 T +1 514 284.0265- F +1 514 284.0362
 E-mail montreal@ice.it
 Web. www.italtrade.com

--	--	--	--

MACRO SECTEURS (S'il-vous-plait cocher)

- Macro secteur A : Organisation d'expositions et salons
- Macro secteur B : Fournitures de bureau
- Macro secteur C : Meubles et machines de bureaux
- Macro secteur D : Travaux et entretien
- Macro secteur E : Services et conseil

Secteurs: voir Annexe I

- _____
- _____
- _____
- _____

ATTESTATION

Je déclare avoir lu et accepté le « Règlement d'inscription au Registre des Fournisseurs de ITA – Italian Trade Agency».

Je déclare que les renseignements fournis ci-dessus et dans les autres documents annexes sont, à ma connaissance, exacts et complets.

Date et lieu: _____

Nom et fonction: _____

Signature: _____

Toronto office

480 University Ave., Suite 800
Toronto ON, M5G 1V2
T +1 416 598.1566 F +1 416 598.1610
E-mail toronto@ice.it
Web. www.italtrade.com

Montreal office

1000 rue Sherbrooke ouest, bur. 1720
Montréal, QC, H3A 3G4
T +1 514 284.0265- F +1 514 284.0362
E-mail montreal@ice.it
Web. www.italtrade.com