**Gymnastique Québec**

SterlingBackcheck Canada Corp. (« **SterlingBackcheck** », « **nous** » ou « **on** ») demandons à ce que vous remplissiez autant de champs que possible ci-dessous afin de nous aider à vous fournir un processus de mise en œuvre rapide pour les services SterlingBackcheck.

Si à tout moment vous avez des questions ou des préoccupations concernant les services que nous fournissons ou le processus de configuration du compte, vous pouvez contacter notre équipe de création de comptes au 1 866 455-5761 ou nous envoyer un courriel à accountcreation@backcheck.ca. En outre, nous vous invitons également à communiquer directement avec votre représentant commercial.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Renseignements concernant le client** | | | | | | |
| **Gymnastique Québec** | | | | | Langue préférée:▼  check_box_small Anglais check_box_small Français | |
| Nom du club sous lequel la succursale fait affaire sous Gymnastique Québec :▼ | | | | | | |
| Adresse : ▼ | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Numéro d'unité | Rue | Ville | | Province | | Code postal |
| Numéro de téléphone :▼ | | | Site web de la société:▼ | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **2. Contacts du client** (SterlingBackcheck fournira des noms d'utilisateur et des mots de passe à tous les contacts ci-dessous par courriel.) | |
| **Contact principal :** | |
| Nom du contact principal:▼ | Numéro de téléphone :▼ |
|  |  |
| Courriel :▼ | Numéro de fax :▼ |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Contacts secondaires – Joindre des pages supplémentaires au besoin**  Inclure des contacts supplémentaires au sein de l'organisation qui auront accès à commander des emplois ou consulter les résultats en utilisant le système en ligne. | | | |
| Nom du contact :▼ | Site :▼ | Facturer séparément? | check_box_small Oui check_box_small Non |
|  |  |
| Numéro de téléphone:▼ | Courriel :▼ | Numéro de fax :▼ | |
|  |  |  | |
| Le contact secondaire ci-dessus devrait-il avoir pleinement accès à tous les fichiers du Client? check_box_small Oui check_box_small Non | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom du contact :▼ | Site :▼ | Facturer séparément? | check_box_small Oui check_box_small Non |
|  |  |
| Numéro de téléphone:▼ | Courriel :▼ | Numéro de fax :▼ | |
|  |  |  | |
| Le contact secondaire ci-dessus devrait-il avoir pleinement accès à tous les fichiers du Client? check_box_small Oui check_box_small Non | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3. Informations concernant la configuration de la facturation** | | | | | | |
| Contact principal créditeur :▼ | | Numéro de téléphone comptabilité :▼ | | | Courriel comptabilité :▼ | |
|  | |  | | |  | |
| Numéro de fax comptabilité :▼ | | Envoyer la facture et l'adresser à :▼ | | | Langue préférée : ▼ | |
|  | |  | | | check_box_small Anglais check_box_small Français | |
| Adresse de facturation :▼ | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Numéro d'unité | Rue | | Ville | Province | | Code postal |

|  |
| --- |
| **Options de facturation** - Veuillez choisir l'une des options de paiement ci-dessous. |
| check_box_small **Carte de crédit** (à la réception de votre première facture, veuillez contacter SterlingBackcheck avec vos informations de paiement)  check_box_small **Dépôt direct**  check_box_small **Chèque**  check_box_small **Payé par le requérant**  check_box_small **Autre - Veuillez spécifier:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **~ Les modalités de paiement sont nettes dans 30 jours suivant la date de facturation ~**   |  | | --- | | SterlingBackcheck fournira des factures mensuelles, et les modalités de paiement sont nettes dans trente (30) jours suivant la date de facturation  Tout manquement du client à payer les factures dans les 120 jours après la date de facturation peut, à la seule discrétion de SterlingBackcheck, résulter en une suspension de certains ou de tous les Services au client jusqu'à réception du paiement. | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Votre société est-elle exonérée de la TVH? | check_box_small Oui  check_box_small Non | Si oui, veuillez nous fournir votre numéro d'exemption de taxe :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Votre société requiert-elle des bons de commande? | check_box_small Oui  check_box_small Non | Envoyer la facture par : check_box_small Courriel check_box_small Courrier |