



FORMULAIRE D'OUVERTURE DE COMPTE

Madame, Monsieur,

Afin de procéder rapidement à votre ouverture de compte auprès de notre service comptabilité clients, nous vous prions de bien vouloir nous retourner ce formulaire rempli ainsi que les pièces demandées :

Par courrier à l'adresse suivante :

LOCAMONT 2M
SERVICE COMPTABILITE
Zac des Fourneilliers
13220 CHATEAUNEUF-LES-MARTIGUES

Par mail à l'adresse suivante : contact@locamont2m.com

Par fax : 04 42 09 10 02

VOTRE SOCIETE

Forme juridique : SA SARL SAS SNC EURL Autre (précisez) _____

Raison Sociale : _____

Capital : **N° Siret :**

Code APE : **N° TVA Intracommunautaire :**

Adresse : _____

CP : _____ **Ville :** _____

Téléphone : ____/____/____/____/____ **Fax :** ____/____/____/____/____

Site internet : _____

E-mail : _____@_____

VOTRE BANQUE

IBAN :

BIC :

Nom et Adresse de votre agence bancaire : _____

Mode de règlement : LOCAPASS 2M* CHEQUE PRELEVEMENT VIREMENT

Echéance : Dans tous les cas la date d'échéance ne pourra dépasser 30 jours date de facture.

**La formule LOCAPASS 2M vous engage à faire un premier versement dès l'ouverture du compte (montant versé à convenir – voir formule LOCAPASS 2M)*

VOS SERVICES

Adresse comptabilité fournisseur (si différente agence utilisatrice)

Téléphone : ___/___/___/___/___ Fax : ___/___/___/___/___

E-mail : _____@_____

Nom du contact _____

CONTACTS

CONDUCTEURS TRAVAUX ou RESPONSABLES

-NOM : _____ PRENOM _____ TEL : _____

E-mail : _____ FONCTION _____

-NOM : _____ PRENOM _____ TEL : _____

E-mail : _____ FONCTION _____

-NOM : _____ PRENOM _____ TEL : _____

E-mail : _____ FONCTION _____

*** PIECES A JOINDRE À VOTRE DOSSIER :** toutes les pièces sont nécessaires pour l'ouverture du compte

Votre R.I.B. Extrait K-bis ou Registre du commerce

Votre tampon et signature ci-dessous

Nom et Prénom du signataire _____

Le ___/___/20___

A : _____