



FINANCEMENT ENCAN AUTO TRADE.com

438-792-0707

DEMANDE DE FINANCEMENT

NOM: _____

PRÉNOM: _____

ADRESSE: _____ RUE: _____

VILLE: _____

CODE POSTAL: _____ PROVINCE: _____

TÉLÉPHONE: ____/____/____ CELL: ____/____/____

DATE DE NAISSANCE: ____/____/____ A-SOCIAL: _____

PERMIS DE CONDUIRE: _____

MARQUE: _____ MODEL _____

ANNÉE: _____

NIV: _____ KILOMÉTRAGES _____

TRANSMISSION: _____ MOTEUR: _____

PRIX: _____

COMPTANT: _____ \$ CAPACITÉ MENSUEL: _____ \$

TRAVAILLEUR AUTONOME: _____

DEPUIS: _____

REVENUS: _____ \$ MENSUEL NET

EMPLOYEUR: _____

DEPUIS: _____

ADRESSE: _____

VILLE: _____

TÉLÉPHONE: _____

TRAVAIL: _____

REVENUS: _____ \$ MENSUEL NET

INSTITUTION FINANCIÈRE: _____

VILLE: _____

CARTE DE CRÉDIT: _____

AUTRES: _____

PRÊT: _____ FAILLITE: OUI, NON

J'AUTORISE INSTITUTION DE FINANCEMENT À VÉRIFIÉ LES INFORMATIONS DE CRÉDIT CI HAUT

MENTIONNÉ . SIGNATURE _____