



DEMANDE DE SOUMISSION

FLVR Distribution Inc.
10201 Boul des hêtres
Shawinigan (QC) G9N 4Y4
819-719-0582
contact@flvrgroup.com
www.flvrdistribution.com

DATE: ____ / ____ / ____

1. Renseignements du demandeur

NOM: _____

PRÉNOM: _____

TÉLÉPHONE: () _____ - _____

COURRIEL: _____

ADRESSE: _____

VILLE: _____

2. Renseignements du producteur

NOM: _____

TYPE D'ENTREPRISE: _____

TÉLÉPHONE: () _____ - _____

COURRIEL: _____

ADRESSE: _____

VILLE: _____

SITE WEB: _____

FACEBOOK: _____

CODE POSTALE: _____

RÉGION ADM.: _____

3. Autres renseignements

A) *Quel est votre volume de production hebdomadaire:* _____

B) *Quel est la quantité mensuelle approximative de produits vendus par point de vente:* _____

C) *Depuis combien d'année existe votre entreprise:* _____

D) *Avez-vous déjà un ou des distributeur(s) actif(s)?*

| OUI | NON |
|-----|-----|
| | |