

MediCapital

Crédit-bail et prêt

POUR UN FINANCEMENT EN SANTÉ

**NOTRE
ENGAGEMENT**

*Les meilleures
offres du marché*

**UNIQUE
AU CANADA !**

***Vous avez
un projet de financement ?***

MédiCapital vous accompagne pour :

- le démarrage de votre cabinet,
- l'acquisition d'une pratique ou d'une clientèle existante,
- l'obtention d'équipement,
- l'expansion ou l'amélioration de votre espace.



**AVEC MÉDICAPITAL, NE PAYEZ QUE 959\$/MOIS SUR
5 ANS POUR UN MONTANT FINANCÉ DE 50 000\$!**

LES AVANTAGES DU CRÉDIT-BAIL

- Mensualités déductibles à 100 %
- Procédure simple et rapide
- Financement à taux fixe
- Diminution d'impôts à payer
- Moratoire de paiement
- Aucuns frais supplémentaires
- Aucune garantie additionnelle demandée
- Financement à 100 %

Remplissez et renvoyez-nous dès maintenant votre demande de financement →



1 800 667-9622 | www.synca.com

medicapital.net · 514 806 6334

info@medicapital.net

Suivez-nous ! [f](#) [in](#) [t](#)

MONTRÉAL - TORONTO - CALGARY - VANCOUVER

EXIGENCES EN MATIÈRE DE CRÉDIT (ESTIMATION)

Nom du fournisseur _____ Terme demandé _____
Équipements (\$) _____ Ordinateurs (\$) _____ Meubles (\$) _____ Mobilier de cabinet (\$) _____
Améliorations locatives (\$) _____ Autres (\$) _____ TOTAL (\$) _____

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENTREPRISE

Dénomination sociale de l'entreprise _____ Nom du praticien _____

Adresse de l'entreprise _____

Ville _____ Province _____ Code Postal _____ Téléphone _____

Profession _____ Institution bancaire _____ Courriel _____

Propriétaire Locataire Durée restante du bail des locaux _____ Revenus mensuels bruts _____ Dépenses mensuelles _____ Fin d'année fiscale _____

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Date de naissance _____ NAS _____ Année d'obtention du diplôme et université _____ Nombre d'années en pratique privée _____

Adresse à domicile _____ Ville _____ Province _____ Code Postal _____

Propriétaire Locataire Années à l'adresse du domicile _____ Valeur marchande _____

Institution bancaire _____ Solde du prêt hypothécaire _____ Versement mensuel _____

Avez-vous déjà déclaré faillite ou un tribunal a déjà rendu une décision contre vous ? _____ Êtes-vous partie à une poursuite ou une réclamation ? _____ Avez-vous un solde fiscal en souffrance (impôt sur le revenu, sur les biens ou sur les entreprises, TPS, TVQ) ? _____

Oui Non Oui Non Oui Non

- Le soussigné atteste que les renseignements indiqués ci-dessus sont véridiques et exacts
- Note : vous n'êtes pas tenu de fournir votre N.A.S. Veuillez prendre note qu'il pourrait nous aider à faire une vérification de crédit

Commentaires additionnels _____

Consentement concernant les renseignements personnels

En signant la présente demande, chacun de vous, soit les parties signataires (y compris tous les crédit-preneurs et toutes les cautions), autorise MediCapital Inc. et son cessionnaire, son prêteur, sa source de financement, son mandataire ou son prête-nom (collectivement, « nous ») à recueillir, à utiliser, à détenir et à communiquer les renseignements personnels que vous fournissez ou que nous recueillons sur vous dans le cadre de votre demande et de l'administration de votre crédit-bail (vos « renseignements personnels ») afin d'évaluer votre capacité à obtenir votre crédit-bail et à y demeurer admissible et d'évaluer votre capacité actuelle et future à remplir vos obligations financières. Cette utilisation comprend la communication et l'échange de vos renseignements personnels en permanence avec les agences d'évaluation du crédit et les institutions financières ou leurs mandataires, ou avec des fournisseurs de services, aux fins décrites ci-dessus en vue de prévenir les fraudes, de nous et de vous protéger contre celles-ci et de protéger l'intégrité du système d'attribution du crédit. L'utilisation, la communication et l'échange de vos renseignements personnels se poursuivront tant que votre ou vos crédits-baux seront en vigueur.

SIGNATURE : _____ Date (JJMMAAAA) : _____