TRANSPORT FRANCISCO BONDS

CODE CLIENT:

RAISON SOCIALE : .....

Adresse : .....

Ville : ..... Code Postale : .....

Téléphone : ( ) ..... Courriel : .....

Nom du propriétaire ou dirigeant principal : ..... Titre : .....

Secteur d'activité : ALIMENTAIRE : SURGELÉ ☐ ÉPICERIE ☐ FRUITS/LÉGUMES ☐

EMBOUTEILLÉ ☐ AUTRES ☐

GÉNÉRAL : EN PALETTE ☐ MATIÈRE DANGEREUSE ☐

AÉROSPATIAL ☐

REQUIERT MANUTENTION : À L'OCCASION ☐ TOUJOURS ☐

REQUIERT : JIGGER ☐ DIABLE ☐

MATÉRIAUX FRAGILE ☐ AUTRES ☐

ADRESSE DE FACTURATION (si différente)

Personne contact : .....

Adresse : .....

Ville : ..... Code Postale : .....

Téléphone : ( ) ..... Courriel : .....

ADRESSE DU RAMASSAGE (si différente)

Nom de l'entreprise : .....

Adresse : .....

Ville : ..... Code Postale : .....

Téléphone : ( ) .....

Personne contact 1 : .....

Personne contact 2 : .....

Personne contact 3 : .....

Conditions de paiement

Facturation hebdomadaire et paiement 15 jours nets après réception.