



## AUTORISATION DE PAIEMENT PAR CARTE DE CRÉDIT

Date de la demande :			
Nom de l'Entreprise :			
Veillez indiquer :	Visa	Mastercard	
Nom du titulaire de la carte de crédit : ( en lettre majuscule )			
Signature du titulaire de la carte de crédit :			
Numéros de la carte de crédit :			
Date d'expiration : MM/AA	/		
Code CV2 à l'endos de la carte de crédit :			
Courriel pour recevoir le reçu de paiement :			
Numéros des factures payées :			

**Par la présente vous approuvez ce qui suit :**

Je confirme que j'autorise Alliance Solution Logistiques à accepter les commandes de notre compagnie, à porter le coût total des factures pour les services rendus à notre compte et à effectuer le paiement de ces factures (ou des factures notées ci-haut) avec la carte de crédit susmentionnée.

J'accepte par la présente la responsabilité de ces transactions et assure le paiement de ces factures.

Advenant que cette carte de crédit devient périmée ou expirée, nous aviserons le département de crédit d'Alliance Solutions Logistique d'une nouvelle carte de crédit valide.

**SVP COMPLÉTER ET RETOURNER À L'ADRESSE SUIVANTE : [PAYABLE@ALLIANCESLI.COM](mailto:PAYABLE@ALLIANCESLI.COM)**