

Soumission # _____

FB# _____

BON DE COMMANDE: Douane & transport

Nous désirons utiliser NALSI pour: (SVP cocher une case)

Douane & transport Douane seulement Transport seulement

Section 1 - Information sur l'exposant et l'événement

Adresse de cueillette	***Votre nom de compagnie***		
	Nom de l'emplacement:	Date de cueillette:	Heure:
	Adresse:	Ville:	Prov./Etats: Code postal/Zip:
	Contact:	Téléphone:	Courriel: US tax #/EIN:
Exposant:	Nom de l'événement:	Date(s):	Kiosque #:

Adresse de livraison	***Votre nom de compagnie***		
	Nom de l'emplacement:	Date de livraison:	Heure:
	Adresse:	Ville:	Prov./Etats: Code postal/Zip:
	Contact:	Téléphone:	Courriel: US tax #/EIN:
Exposant:	Nom de l'événement:	Date(s):	Kiosque #:

L'adresse de retour est la même que celle de la cueillette si même adresse, seulement compléter date et heure de cueillette Service pour le retour non-requis

Adresse de retour	***Votre nom de compagnie***		
	Nom de l'emplacement:	Date de cueillette:	Heure:
	Adresse:	Ville:	Prov./Etats: Code postal/Zip:
	Contact:	Téléphone:	Courriel: US tax #/EIN:
Exposant:	Nom de l'événement:	Date(s):	Kiosque #:

Section 2 - Transporteur / information sur l'expédition

Nom de votre transporteur NALSI Autres

Nombre de pièces	Dimension (pouces)			Poids (LBS)
Boites	L	La	H	
Caissons / caisse de plastique	L	La	H	
Palette	L	La	H	
Tapis / autre	L	La	H	
TOTAL				

Services additionnels: Hayon élévateur Cueillette avec besoins spéciaux

Accessibilité au 53'? Cueillette: Oui Non Livraison: Oui Non Quai de chargement? Cueillette: Oui Non Livraison: Oui Non

Besoin d'assurance additionnelle? Oui Non Valeur: ***Pour assurance seulement***

Assurance Cargo (À compléter seulement si vous utilisez NALSI) **Des frais supplémentaire s'appliqueront pour de l'assurance**

Section 3 - Modalité de paiement (doit être complété)

Envoyer la Facture à:	Nom de l'emplacement:	Adresse:
	Adresse:	Courriel: Ville:
	Prov./Etats: Code postal/Zip:	Contact: Téléphone:

Les Factures Sont Traitées Électroniquement et Transmises par Courriel

Facturer sur:	<input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> MasterCard	<input type="checkbox"/> American Express
Nom du détenteur:	Numéro de compte #:	Date d'expiration:	CVC #:
Signature autorisée:	Courriel:	J'autorise l'utilisation de la carte de credit pour le paiement relatif à ce bon de commande	
<input type="checkbox"/> OPTION #1	Paiement automatique par carte de credit. Des frais d'adminstration de 5% seront ajoutés à votre facture.		
<input type="checkbox"/> OPTION #2	Paiement devons être effectués au plus tard 15 jours suivant la date de facturation, si après 45 jours suivant la date de facturation aucun paiement n'a été reçu, la carte de crédit sera utilisée et des frais d'administration de 5% seront appliqués.		

SVP Compléter, imprimer, signer et retourner à:

Toronto/Head Office
Tel: 905.951.1612

Montreal/Eastern Region
Tel: 514.868.6650

Calgary/Prairie Region
Tel: 403.851.1152

Vancouver/Western Region
Tel: 778.328.2841