

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:
	Contact:	Téléphone:	Courriel:
	Exposant:	Nom de l'événement:	Date(s):

Adresse de livraison	***Votre nom de compagnie***		
	Nom de l'emplacement:	Date de livraison:	Heure:
	Adresse:	Ville:	Prov./Etats:
	Contact:	Téléphone:	Courriel:
	Exposant:	Nom de l'événement:	Date(s):

☐ 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:
	Contact:	Téléphone:	Courriel:
	Exposant:	Nom de l'événement:	Date(s):

**Section 2 - Transporteur / information sur l'expédition**

Nom de votre transporteur <input type="checkbox"/> NALSI <input type="checkbox"/> Autres			
Nombre de pièces	Dimension (pouces)		Poids (LBS)
Boîtes	L	La H	
Caissons / caisse de plastique	L	La H	
Palette	L	La H	
Tapis / autre	L	La H	
<b>TOTAL</b>			
Services additionnels: <input type="checkbox"/> Hayon élévateur <input type="checkbox"/> Cueillette avec besoins spéciaux			
Accessibilité au 53'? Cueillette: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Livraison: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Quai de chargement? Cueillette: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Livraison: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Besoin d'assurance additionnelle? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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:
	Prov./Etats:	Code postal/Zip:

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: 905.951.1612Montreal/Eastern Region  
Tel: 514.868.6650Calgary/Prairie Region  
Tel: 403.851.1152Vancouver/Western Region  
Tel: 778.328.2841