

Formulaire d'adhésion Colis et Fret

MEMNO _____

DEMANDE D'OUVERTURE DE COMPTE(S)

Avec Dicom Colis (pour enveloppes et petits colis)
Avec Dicom Fret (pour palettes et colis volumineux ou lourds)

COORDONNÉES

Nom de l'entreprise : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Secteur d'activité : _____ Téléphone : _____

Quantité d'employés : _____ Télécopieur : _____

Courrier électronique : _____

Site web : _____

CONTACTS

Responsable des expéditions : _____

Resp. des comptes payables : _____

Resp. des ress. humaines : _____

IMPORTANT

Un intérêt de 1 % par mois (12 % par année) sera ajouté sur toutes factures impayées dépassant 30 jours et des frais de 10 \$ seront appliqués pour chaque chèque sans provision. Si par erreur vous effectuez un trop gros paiement, vous pourrez obtenir un remboursement moyennant une charge administrative de 10\$, sinon le montant sera utilisé pour régler votre prochaine facture.

ANNULATION

Cette entente pourra être annulée par n'importe laquelle des deux parties en cause, moyennant un préavis de 30 jours par écrit.

ACCEPTÉ PAR

Nom du responsable de l'entente en caractères d'imprimerie : _____ Fonction : _____

Signature autorisée : _____ Date : _____

Parcel and Freight Membership Form

MEMNO _____

REQUEST TO OPEN AN ACCOUNT

With Dicom Parcel (envelopes and small parcels)

With Dicom Freight (for pallets and heavy parcels)

INFORMATION

Company Name: _____

Address : _____

City: _____ Province : _____ Postal Code : _____

Industry _____ Phone : _____

Number of employees : _____ Fax: _____

Email Address: _____

Website : _____

CONTACTS

Shipping Manager : _____

Accounts Payable Manager: _____

Human Resources Manager: _____

IMPORTANT

Interest of 1% per month will be added on all unpaid invoices in excess of 30 days of the billing date and a \$10 fee will be applied for each check without sufficient funds. If you make an overpayment by mistake, you will get a refund for a \$ 10 administrative fee, otherwise the amount will be used to pay your next bill.

CANCELLATION

This agreement may be canceled by either party upon written notice of 30 days.

ACCEPTED BY

Name of the person responsible for the agreement in print: _____ Function : _____

Authorized Signature : _____ Date : _____

Please send this form to the head office of Les Commerçants de la Chaudière inc., by email at transport@commercantschaudiere.com • or mail to 215 Griffin, Shannon (Quebec) G3S 0S8