

Demande de paiement par carte de crédit

Application for credit card payment

À / *To*: Service Comptabilité / Accounting Depart.

Pour paiement / *For payment*:

Cie: _____

FAX: 450-812-4877

#Tel.: _____

car@profecta.com

De / *From*: _____

Courriel / *Email*: _____

Mode de paiement - *Method of payment*



Visa



Mastercard

Numéro carte de crédit

Credit card number

Date d'expiration - *Expiry date*

Nom du détenteur de la carte - *Cardholder's name* _____

Signature du détenteur de la carte - *Cardholder's signature* _____

Date _____

Votre # compte client - *Your customer account #* _____

Facture - *Invoice*

Montant - *Amount*

Facture - <i>Invoice</i>	Montant - <i>Amount</i>

Total _____

À l'usage du service du crédit - *For credit department use only*

No autorisation _____