

Formulaire fax pour service RMS

Nom de la société *	
Département	
Contact téléphonique *	
Code client	

Si l'adresse de livraison / collecte est différente de l'adresse normale, veuillez faire une note d'instructions spéciales.

Type de Service *	Type de Transport *	Type d'Article *	Matériel
<input type="checkbox"/> Livraison <input type="checkbox"/> Enlèvement <input type="checkbox"/> Nouveau matériel	<input type="checkbox"/> Express <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Spécial <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Carton <input type="checkbox"/> Dossiers <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Cartons et couvercles <input type="checkbox"/> Étiquettes de code-barre(s) <input type="checkbox"/> Autre

Merci de cocher la case correspondante

Instructions Spéciales :-

Numéro de code-barre(s)	Autres références	Demandé par

Continuez sur une feuille séparée s'il n'y a pas lieu

* Signature de la personne autorisée:

* Nom:

Date ___/___/___

Heure ___:___

* Champs obligatoires