

## Autorisation carte de crédit

**Important veuillez remplir tous les champs SVP en lettres moulées**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Province : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Nom (détenteur de la carte) : \_\_\_\_\_

Adresse de facturation : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Pays: \_\_\_\_\_ Téléphone: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Cette forme autorise (Micro Informatique -Extreme.Inc.) a passer une transaction sur la carte de crédit du client pour un montant de \_\_\_\_\_ \$

Type de carte :  Visa  Master Card

Numéro de carte :

Expiration Date : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
mm aa

Numéro de série : \_\_\_\_\_

Signature du détenteur : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
mm jj aa

**Tres important :**

Merci de faxé au : 514-642-5858

La direction.