



AUTORISATION DE PAIEMENT

CLIENT

No client _____

Nom de la compagnie _____

Tél. & Fax _____

Date _____

CARTE
DE CRÉDIT

Type de carte de crédit _____ (Visa, Mastercard)

Nom du détenteur de la carte _____

Numéro de carte _____

Date d'expiration _____

Code de sécurité _____

MÉTHODE
DE PAIEMENT

Par facture _____

Par état de compte (fin mois) - pris automatiquement _____

Le client appelle pour effectuer son paiement _____

AUTORI-
SATION

J'autorise par la présente DenPlus Inc. à utiliser ma carte de crédit pour le paiement des achats encourus durant le mois auprès de DenPlus. Cette autorisation est valide immédiatement et ce, jusqu'à la révocation écrite de la présente entente.

SIGNATURE

Date

Signature du détenteur de la carte