

Consolidated Auto Transport

ON: 4-288 Locke Street South, Hamilton, ON L8P 4C1
Tel.: 905-540-1228 Fax: 905-540-1227

QC: 300 Albert-Mondou, St-Eustache, QC J7R 7A7
Tél.: 450-974-7900 877-987-2674 Fax: 1-866-619-6650



FORMULAIRE D'AUTORISATION DE PAIEMENT PAR CARTE DE CRÉDIT/CREDIT CARD AUTHORIZATION FORM

**Veillez nous faire parvenir par FAX ce formulaire complété et signé/Please
complete all information and FAX to: # FAX 450-974-1109**

CLIENT

Nom/Name :	
Adresse/Address:	
Tél./Tel :	
Fax :	
Adresse courriel/ E-mail:	

PAIEMENT/PAYMENT

#Commande/Contract#:	#Facture/Invoice# :	Montant/Amount :
		\$
		\$
Montant du total à payer/Amount to be charged:		\$ [] Fonds US /US Funds [] Fonds Cdn/Cdn Funds

CARTE DE CRÉDIT/CREDIT CARD

Type de carte de credit/Type of Credit card:	[] Visa [] Mastercard Nous acceptons uniquement les paiements par Visa ou Mastercard/ We accept payment by Visa or Mastercard only
Numéro de la carte/Credit Card Number:	
Nom sur la carte/Name on Credit Card: (tel qu'il apparait sur la carte de credit/as it appears on the card)	
Date d'expiration/Expiration Date:	____ / ____ (MM / AA/YY)
Code de sécurité/Security Code: (CSV/CVV)	_____ Vous pouvez trouver ce code de trois chiffres à l'arrière de votre carte/3 digit number on back of card

En tant que titulaire, j'autorise Consolidated Auto Transport de débiter le paiement de la carte de credit/ I, on behalf of the above named customer, authorize Consolidated Auto Transport to charge the amount identified above (<<Amount to be charged>>) to the credit indicated on this authorization form.
Nom (en lettres)/ Name (Print) : _____ Signature autorisée/authorized: _____ Date : _____