



4321 Autoroute des Laurentides
 Laval, Québec H7L 5W5
 Tel: 1-800-844-6790 Téléc: (905) 542-1318 info@cwbgroup.org

Formulaire Pour VISA / MASTER CARD

Information confidentielle

SVP Ecrire Lisiblement



Nom: _____

Titre: _____

Compagnie: _____

Adresse: _____

Tel: () _____

Télé: () _____

Date:

MOIS		JOUR		ANNÉE		

VISA MASTER CARD

No. de Compte: _____

Exp:

MOIS		ANNÉE			

Banque émettrice: _____

Nom sur la carte: _____

Montant: _____ Signature: _____

Complété par CWB seulement

Commande procédée par: _____

Date:

MOIS		JOUR		ANNÉE		

Autorisation #: _____

Date:

MOIS		ANNÉE				

Détails sur la commande: _____

Instructions d'envoi: _____

Avis de confidentialité:

Les informations apparaissant sur ce document sont confidentielles. Ces informations doivent être utilisées uniquement par les individus ou entités auxquels elles sont adressées. Si vous n'êtes pas le récipiendaire et avez reçu ce document par erreur, veuillez nous en aviser immédiatement ou nous retourner le document original transmis. Merci.