

Paiement par carte de crédit

Credit Card Payment



Technologies Metafore inc. / Metafore Technologies Inc.

S.V.P. COMPLÉTER LE PRÉSENT FORMULAIRE EN LETTRES MOULÉES ET LE RETOURNER PAR TÉLÉCOPIEUR AU / PLEASE COMPLETE THIS FORM IN PRINTED LETTERS AND RETURN IT BY FAX TO : **(514) 636-9547**

N° de client Metafore / Metafore customer no. :

Nom du propriétaire de la carte / Card owner name :

Adresse de facturation de la carte / Card billing address :

Ville / City : Province : Code postal / Postal code :

N° de téléphone du propriétaire / Card owner phone no. :

N° de permis de conduire / Driver's licence no. :

Employeur / Employer : N° de téléphone au bureau / Office phone no. :

N° de carte de crédit / Credit card no. :

Visa : # Date d'exp. / Exp. date :

Mastercard : # Date d'exp. / Exp. date :

Montant de l'achat à percevoir sur votre carte / Amount to be taken on your card : \$

Pour acquitter toutes les transactions au compte - initialer / All transactions in my account - initials : \$

J'autorise Technologies Metafore inc. à vérifier les information ci-haut mentionnées / I authorize Metafore Technologies Inc. to verify all enclosed information.

Signature :

Lettres moulées / Printed :

Date :

USAGE INTERNE / INTERNAL USE

N° d'autorisation / Authorization no. : Soum., F. de travail, Facture / Quote, W.O., Invoice :

Vérifié par / Verified by : / / Autorisé par / Authorized by : / /