

## Autorisation de paiement par carte de crédit - Credit Card Payment Authorization



Remplir et envoyer à - Complete and send to:  
 MRT Department Crédit - Credit Department  
 543, boul Témiscamingue  
 Rouyn-Noranda QC J9X 7C8  
 Tel: 819-762-2620 / 1-877-762-2620  
 Courriel/email: creditcard@martinroytransport.com

**A remplir par le client - To be completed by the customer:**

**Date:** \_\_\_\_\_

|   |   |  |
|---|---|--|
| Numéro de carte de crédit:<br>Credit card number:   | - - - - -                               | Code de sécurité:<br>CVV Number:                                   |
| Date d'expiration:<br>Expiration date:  | - -                                     |  |
| Nom tel qu'indique sur la carte:<br>Name on the card as it appears:                                 |   |  |
| Nom de compagnie:<br>Company name:  |   |  |
| Adresse de facturation connectée à la carte de crédit:<br>Billing address connected to credit card: |   |  |
|   |   |  |
| VISA: -- <input type="checkbox"/>   | MASTERCARD: -- <input type="checkbox"/> | AMERICAN EXPRESS: -- <input type="checkbox"/>                      |
| Montant autorisé:<br>Amount Authorized:   | \$ _____ . _____                        | CAD/CDN- <input type="checkbox"/> USD/US- <input type="checkbox"/> |
| Numéro de probill /référence:<br>Probill/reference number:  |   |  |
|   |   |  |
| Signature du client autorisé (Obligatoire):<br>Authorized customer signature (Mandatory):           |   |  |
|   |   |  |

**A remplir par le transporteur- To be completed by the carrier:**

**Date:** \_\_\_\_\_

|  |                  |
|--|------------------|
| Renseignements pris par::<br>Information taken by:         |                  |
| Succursale:<br>Terminal:                                   |                  |
| Numéro de probill /référence:<br>Probill/reference number: |                  |
| Montant:<br>Amount:  | \$ _____ . _____ |
| Numéro téléphone du client:<br>Customer telephone number:  |                  |
| Numéro de télécopieur du client:<br>Customer FAX number:   |                  |
| Adresse courriel du client:<br>Customer E-Mail Address:    |                  |
| Numéro d'autorisation:<br>Authorization Number:            | _____            |
| Date d'autorisation:<br>Date of Authorization:             |                  |

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| S.V.P retourner à / Please return to: |  |
| Courriel / Email:                     |  |
| Télécopieur / FAX number:             |  |