

Nouveau client Mutation

N° client: EWC: _____ ZR: _____

Informations relatives à l'adresse

Adresse du client

Entreprise/société _____

Ajout
(cuisine, non alimentaire ...) _____

Rue/N° _____

NPA/Localité _____

Case postale _____

Personne à contacter

Prénom/Nom de famille _____

E-mail _____

Numéro de téléphone _____

Téléphone portable _____

Fax _____

Nom du réseau WLAN
(pour l'installation du scanner) _____

Mot de passe du réseau _____

Informations sur l'adresse de livraison (par exemple service/étage)

Société/Description _____ Scanner souhaité? Oui Non
(étage, service)

_____ Scanner souhaité? Oui Non

Rue/N° _____

NPA/Localité _____

Livraison (date et heure)

Livraison groupée Non Oui, fréquence de livraison: hebdomadaire bimensuelle mensuelle

Plage de livraison de minimum 2 heures et demie par demi-journée f = fermé pdl = pas de livraison

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

de _____ à _____ de _____ à _____ de _____ à _____ de _____ à _____ de _____ à _____

de _____ à _____ de _____ à _____ de _____ à _____ de _____ à _____ de _____ à _____

Informations de livraison à communiquer au transporteur

Indications pour le conducteur _____

(par exemple : déposer le colis à droite
de l'entrée près de l'ascenseur, télé-
phoner une heure avant la livraison) _____

La livraison se fait par conteneur roulant palette

Date de début souhaitée _____

Date _____ Signature _____