

DEMANDE DE DEVIS

22/03/04

Révision 1.5 Date :

1045 Middlegate Road
Mississauga (Ontario)
L4Y 3Y4

Téléphone : 905-897-1770
Télec. : 905-896-4155

N° de réf. du retrait :

N° de réf. de la livraison :

Information de retrait		Information de livraison	
Nom du client : _____		Nom du client : _____	
Adresse : _____		Adresse : _____	
Ville : _____		Ville : _____	
Code postal : _____ Prov. : _____		Code postal : _____ Prov. : _____	
Personne-ressource : _____		Personne-ressource : _____	
Téléphone : _____		Téléphone : _____	
Télécopieur : _____		Télécopieur : _____	
Date de retrait demandée : _____		Date de livraison demandée : _____	
Heures d'ouverture : _____		Heures d'ouverture : _____	
Escaliers (O/N) : _____ Nbre de machines : _____		Escaliers (O/N) : _____ Nbre de machines : _____	
Ascenseur : _____		Ascenseur : _____	
Coût lié à la présence d'escaliers : _____ - _____ \$		Coût lié à la présence d'escaliers : _____ - _____ \$	
Main-d'œuvre add. : _____		Main-d'œuvre add. : _____	
Coût de main-d'œuvre add. : _____		Coût de main-d'œuvre add. : _____	
Après les heures normales : _____ Samedi (O/N) : _____ Dimanche/Jour férié (O/N) : _____			
<p>1. Du lundi au vendredi, de 8 h à 17 h, frais supplémentaires facturés après les heures normales de travail, les fins de semaine et les jours fériés.</p> <p>2. Un préavis de trois (3) jours ouvrables est requis à compter de la date de l'approbation signée du devis. Des frais supplémentaires s'appliqueront dans le cas de tout préavis plus court.</p> <p>3. Les temps d'attente ou rendez-vous ratés, le cas échéant, seront facturés en sus au client.</p> <p>4. Le déplacement ne s'effectuera qu'une fois le devis signé et le mode de paiement approuvé.</p>			
Type d'équipement(s)	Numéro de série	Coûts	Commentaires
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
Nbre de km additionnels parcourus :	Frais par km : _____ - _____ \$	Taux par km - 1,25 \$	_____ - _____ \$
Coût supplémentaire lié à un court préavis / donné le jour même (O/N) : _____	_____ - _____ \$	Total suppl. pour carb. : 16,7 %	_____ - _____ \$
Frais normaux : _____ - _____ \$ Après les heures normales/ Supplément pour fin de semaine : _____ - _____ \$ Assurance suppl. : _____ - _____ \$ Numéro de TPS : R101809226 Total dû : Prix et modalités du devis acceptés par : _____		<u>Renseignements sur la facturation</u> <u>Mode de paiement</u> Chèque d'entreprise* _____ VISA _____ AMEX _____ MC _____ N° de carte de crédit : _____ *Les chèques d'entreprise ne seront acceptés que s'ils peuvent être remis le jour même du déplacement.	
VALEUR DÉCLARÉE (\$) : _____			
Autres remarques ou commentaires : _____			