



PREMIUM
L A V A G E

M.D.L.S

2, rue Pierre LAUTERBACH

21600 LONGVIC

Tel : 03 80 63 80 25

Fax : 03 80 65 44 96

FICHE DE RENSEIGNEMENT

Raison sociale :

.....

Adresse :

.....

Code postal/ville :

.....

.

Téléphone :

Fax :

Interlocuteur :

e-mail :

N° TVA intra :

Moyen de paiement :

- VIREMENT
- CHEQUE
- CARTE BANCAIRE

Conditions de facturation :

- Période de Facturation : **MENSUEL**
- Délai de paiement : **30 jours fin de mois**

Fait à

Le

Signature du Gestionnaire

Signature et cachet du Dépositaire