

# ACHAT HEBDOMADAIRE

NOM DE L'ACHETEUR \_\_\_\_\_

# ACHETEUR

9	0	1	9	5	0	0			
---	---	---	---	---	---	---	--	--	--

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

Fax : \_\_\_\_\_

*Lieu de livraison	Nom :
	Adresse :

\*Compléter un formulaire par date et/ou lieu de livraison

DEMANDE POUR LIVRAISON DANS LA SEMAINE DÉBUTANT LE DIMANCHE :

DESCRIPTION	QUANTITÉ	CATÉGORIE	DATE (jour de livraison)	HEURE (AM/PM)
Réguliers				
Réformes				

SIGNATURE DE L'ACHETEUR : \_\_\_\_\_

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

→ **VEUILLEZ RETOURNER CETTE DEMANDE D'ACHAT SIGNÉE À L'AGENCE** ←  
Le lundi de la semaine précédant la livraison par télécopieur au **450 670-3659**

*Réservé à l'Agence de vente*

Lieu de livraison : \_\_\_\_\_

DESCRIPTION	PRODUCTEUR	QUANTITÉ	DATE	HEURE
Réguliers				

SIGNATURE DE L'AGENCE : \_\_\_\_\_

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