

FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENT CLIENT

INFORMATIONS CLIENTS

Date :		Nom de la société :		Appartenance à un groupe : O/N	
Contact :				Nom du groupe :	
Cordonnées :	N°	Rue :	CP :	Ville :	Tel. Fax.
@ :					
Adresse de livraison (si différente) :	N°	Rue :	CP :	Ville :	Tel. Fax.
@ :					
Secteur d'activités :	Santé <input type="checkbox"/>	Beauté <input type="checkbox"/>	Industrie <input type="checkbox"/>	Agro-Alimentaire <input type="checkbox"/>	Autres (à préciser) :
Client <input type="checkbox"/>	Prospect <input type="checkbox"/>				

INFORMATIONS PRODUITS

Désignation du produit :			Matière du produit :		
Contenance du produit (merci de préciser l'unité de mesure) :					
Forme du produit :	Cylindrique <input type="checkbox"/>	Carré <input type="checkbox"/>	Rectangulaire <input type="checkbox"/>	Oval <input type="checkbox"/>	Autres (à préciser) :
Coloris du produit :					
Référence Framépack :					
Type de bouchage :	A vis : <input type="checkbox"/>	A sertir : <input type="checkbox"/>	Autres (à préciser) :		
Quantité annuelle :	Quantité par livraison :		Pack <input type="checkbox"/>	Carton <input type="checkbox"/>	PaLETTE <input type="checkbox"/>
					Camion complet <input type="checkbox"/>

OBSERVATIONS :