



Credit Card Payment Authorization

Autorisation de paiement par carte de crédit

Return Completed Form to:
Envoyez le formulaire dûment rempli au :

5200 Maingate Drive

Mississauga, ON L4W 1G5

Phone / Téléphone : (905) 625-7500

Fax / Télécopieur: (905) 624-7019

email / courriel : creditcard@tstoverland.com

Customer Section / Réserve au client

Date : _____

Credit Card Number

Numéro de carte de crédit : _____

Expiry Date

Date d'expiration : _____

Security Code (back of card)

Code de sécurité (au dos de la carte) : _____

Name on card as it appears

Nom tel qu'indique sur la carte: _____

Company Name / Nom de compagnie : _____

Visa

Mastercard

American Express

CAD / CDN

USD / US

Authorized Amount / Montant Autorisé : \$ _____

Pro Number / N° PRO : _____

Customer Signature (Mandatory)

Signature du client (Obligatoire) : _____

Carrier Section / Réserve au transporteur

Date : _____

Taken by/ Renseignements pris par : _____

Terminal / Succursale : _____

Pro Number / N° PRO : _____

Amount / Montant : \$ _____

Customer Phone # / # de tél. du client : _____

Customer Fax # / # de téléc. du client : _____

Authorization # / # d'autorisation : _____

Date of Authorization # / Date d'autorisation : _____

Please return to / S.V.P. retourner à : _____

Email / courriel : _____

Fax # / Télécopieur : _____