

**A REMPLIR EN LETTRES MAJUSCULES**

Nom de l'entreprise : .....

Forme juridique :       SARL       SAS       SA       Autre : .....

SIRET : ..... Code APE : .....

N° TVA Intracommunautaire : .....

Téléphone : ..... Télécopie : .....

Adresse : ..... Adresse de facturation : .....

.....

.....

CP : ..... Ville : ..... CP : ..... Ville : .....

## **Contacts**

Service Commercial : ..... Téléphone : .....

Mail : .....

Service Comptabilité : ..... Téléphone : .....

Mail : .....

Nombre de salariés : .....

35 heures :       OUI       NON

Si non, horaire hebdomadaire : .....

Soumis Taxe de Transport :       OUI       NON

Si oui, Taux: .....

Montants :

- Primes : .....

- Paniers repas : .....

- Frais de déplacement : .....

- Autres : .....

Adresse de Médecine du Travail : .....

.....

.....

Date journée de solidarité : .....

Divers (*équipements sécurité spécifiques, entretien...*) .....

.....

.....

## **Facturation**

Coefficient : .....

Délai de règlement : **30 JOURS DATE DE FACTURE**

Mode de règlement :       LCR       CHEQUE       VIREMENT