



<b>EXPÉDITEUR / SHIPPER</b>		REF:
NOM DE LA COMPAGNIE / COMPANY NAME		
No	RUE / STREET	SUITE
VILLE / CITY	PROVINCE / STATE	CODE POSTAL CODE
PAYS / COUNTRY		TÉLÉPHONE
SIGNATURE		HEURE / TIME
DESCRIPTION / SPECIAL INSTRUCTIONS		<input type="checkbox"/> DOC <input type="checkbox"/> NON-DOC
<b>LOCAL</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> 1 HEURE	<input checked="" type="checkbox"/> AM / PM	<input checked="" type="checkbox"/> PM / AM
<input checked="" type="checkbox"/> 2 HEURES	<input type="checkbox"/> ALLER / RETOUR	<input checked="" type="checkbox"/> DIRECT
<b>NATIONAL</b>		<b>É.U.-U.S.A.</b>
<input checked="" type="checkbox"/> AÉRIEN / AIR	<input checked="" type="checkbox"/> AÉRIEN / AIR	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNATIONAL
<input checked="" type="checkbox"/> TERRESTRE / GROUND	<input checked="" type="checkbox"/> TERRESTRE / GROUND	<input checked="" type="checkbox"/> AUTRE / OTHER
<b>ADDITIONAL OPTION ADDITIONELLE</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> 9:00 AM	<input checked="" type="checkbox"/> 10:30 AM	<input type="checkbox"/> SAMEDI / SATURDAY
Droits et taxes (si non coché, le consignataire sera facturé) Duties and taxes (if blank, consignee will be charged)		
<input checked="" type="checkbox"/> Expéditeur / Shipper		<input checked="" type="checkbox"/> Destinataire / Consignee

#

DATE CUEILLETTE / PICK-UP DATE		NO COMPTE À FACTURER ACCOUNT NO TO INVOICE	2
J.-D.	M.	A.-Y.	1
<b>DESTINATAIRE / CONSIGNEE</b>		REF:	
NOM DE LA COMPAGNIE / COMPANY NAME			
No	RUE / STREET	SUITE	
VILLE / CITY	PROVINCE / STATE	CODE POSTAL CODE	
PAYS / COUNTRY		TGE	
À L'ATTENTION DE / CARE OF			
<b>Signature lisible / Clear signature</b>			DATE
<b>X</b>		Initials	HEURE / TIME
Signature non requise / Non-required signature			
<b>Poids Total Weight</b>		<b>Quantité Quantity</b>	<b>PRIX DE BASE BASE PRICE</b>
<input type="checkbox"/> Lbs <input type="checkbox"/> Kilos			<b>SURCHARGE POIDS WEIGHT SURCHARGE</b>
<b>Type d'emballage / Packaging type</b>		<b>Attente / Waiting</b>	
<input type="checkbox"/> Enveloppe / Letter <input type="checkbox"/> Boîte / Box <input type="checkbox"/> Skid / Palette		Minutes	
		Extra Stop	
		Assurances Insurances	
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<b>Cubage / Cubing</b>		\$	
1.	X	X	<b>TOTAL</b>
2.	X	X	
3.	X	X	
Poids Cubic Weight:		Valeur déclarée - Declared value	

Voir conditions au [www.planetecourrier.com](http://www.planetecourrier.com) - See conditions at [www.planetecourrier.com](http://www.planetecourrier.com)