

Numéro de client

Nom du prestataire

Modification des horaires d'ouverture et des délais de livraison

Semaine	Délais de livraison	Horaires d'ouverture
Lundi		
Mardi		
Mercredi		
Jeudi		
Vendredi		
Samedi		
Dimanche		
Jours fériés		

Remarques: _____

Date, Signature: _____

A envoyer par Fax au **01.84.10.87.67!**
ou par e-mail à **backoffice@taxiresto.fr**