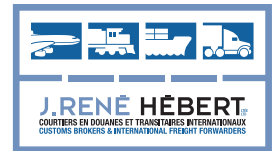


Courriel: [fret@jrhebert.com](mailto:fret@jrhebert.com)  
Site web: [www.jrhebert.com](http://www.jrhebert.com)

Téléphone : (514) 281-0112  
Télécopieur: (514) 281-0118

300 St-Sacrement, suite 28  
Montréal (Québec)  
Canada H2Y 1X7



**DEMANDE DE COTATION**  
*/ REQUEST FOR QUOTATION*       **INSTRUCTIONS D'EXPORTATION**  
*/ EXPORT INSTRUCTIONS*

NOM ET ADRESSE DE L'EXPÉDITEUR <i>/ NAME AND ADDRESS OF SHIPPER</i>		PAYS D'ORIGINE <i>/ COUNTRY OF ORIGIN</i>		NUMÉRO DE RÉSERVATION <i>/ RESERVATION NUMBER</i>	
		CANADA <input type="radio"/>			
		AUTRE: _____ <input type="radio"/> <i>/ OTHER</i>			
NOM ET ADRESSE DU DESTINATAIRE <i>/ NAME AND ADDRESS OF CONSIGNEE</i>		CONTACTER À L'ARRIVÉE <i>/ CONTACT ON ARRIVAL</i>			
		Nom / Name _____			
		Numéro de téléphone / Phone number _____			
NOMBRE DE COLIS <i>/ NUMBER OF CARTONS</i>	DESCRIPTION	POIDS TOTAL <i>/ TOTAL WT</i>	DIMENSIONS	VALEURS (US) <i>/ VALUE (US)</i>	
<b>EXPÉDIÉ PAR:</b> <i>/ SHIP BY</i>	AVION <input type="radio"/> <i>/ AIR</i>	BATEAU <input type="radio"/> <i>/ OCEAN</i>	CAMION <input type="radio"/> <i>/ TRUCK</i>	POSTE <input type="radio"/> <i>/ MAIL</i>	
<b>TERMES:</b> <i>/ TERMS</i>	DOMICILE / DOMICILE <input type="radio"/> <i>/ DOOR / DOOR</i>		PORT PAYÉ <input type="radio"/> <i>/ PREPAID</i>	PORT DÛ <input type="radio"/> <i>/ COLLECT</i>	
<b>AUTRE:</b> <i>/ OTHER</i>	DÉPART USINE <input type="radio"/> <i>/ EX WORKS</i>	FOB <input type="radio"/>	CFR <input type="radio"/>	CIF <input type="radio"/>	
	RAMASSAGE LOCAL / LOCAL PICK UP		PORT PAYÉ <input type="radio"/> <i>/ PREPAID</i>	PORT DÛ <input type="radio"/> <i>/ COLLECT</i>	
	DOCUMENTATION / EXPORT		PORT PAYÉ <input type="radio"/> <i>/ PREPAID</i>	PORT DÛ <input type="radio"/> <i>/ COLLECT</i>	
	FRET / FREIGHT		PORT PAYÉ <input type="radio"/> <i>/ PREPAID</i>	PORT DÛ <input type="radio"/> <i>/ COLLECT</i>	
<b>ASSURANCE:</b> <i>/ INSURANCE</i>	J René Hébert Ltée ASSURE LA MARCHANDISE ? <i>/ INSURED BY J René Hébert Ltée ?</i>		OUI / YES <input type="radio"/>	NON / NO <input type="radio"/>	
SI OUI, MONTANT D'ASSURANCE: \$ _____ <i>/ IF YES - AMOUNT OF INSURANCE</i>		DÉDUCTIBLE: \$750.00 PAR RÉCLAMATION <i>/ \$750.00 - DEDUCTIBLE PER CLAIM</i>			
<b>INSTRUCTIONS SPÉCIALES / SPECIAL INSTRUCTIONS :</b>					

**NOTE: Étape 1 / Step 1 :** Veuillez d'abord **remplir le formulaire électronique** et nous le **transmettre en cliquant sur le bouton SOUMETTRE**. Imprimez ce formulaire pour fins d'archives. / Please complete the electronic form and transmit by clicking on **SUBMIT**. Please print a copy for your records.

**Étape 2 / Step 2 :** Par la suite, veuillez **faxer au (514) 281-0118** Une **copie de facture commerciale** ainsi que la **liste de colissage**. / Please fax a copy of your commercial invoice(s) and packing list(s) to (514) 281-0118.

\_\_\_\_\_  
Responsable

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Courriel / E-Mail

**EFFACER / CLEAR**

**SOUMETTRE / SUBMIT**