



Courriel : reservation@restaurantsu.com TEL : 514-362-1818

FORMULAIRE D'AUTORISATION DE PAIEMENT PAR CARTE DE CRÉDIT

CREDIT CARD PAYMENT AUTHORIZATION FORM

A / TO RESTAURANT SU

DE / FROM

NOM / NAME _____

TÉLÉPHONE / PHONE _____

ADRESSE / ADDRESS _____

VILLE / CITY _____

CODE POSTAL / ZIP CODE _____

PROVINCE / STATE _____

COURRIEL / EMAIL _____

CARTE DE CRÉDIT / CREDIT CARD VISA MASTERCARD

NOM SUR LA CARTE / NAME ON CARD _____

NUMÉRO DE CARTE / CARD NUMBER _____

EXPIRATION _____

CODE DVC _____

MONTANT DE LA TRANSACTION AUTORISÉE : _____ (20\$ X LE NOMBRE DE CONVIVES, SERVICE SOIR)

_____ (10\$ X LE NOMBRE DE CONVIVES, SERVICE BRUNCH)

POUR LA RÉSERVATION SUIVANTE SEULEMENT /FOR THE FOLLOWING RESERVATION ONLY :

NOM / GUEST NAME _____

DATE _____ HEURE / TIME _____

NOMBRE DE CONVIVES _____

Pour toute annulation de réservation au restaurant Su, le client doit en aviser le restaurant dans une délai de 72 heures avant la date de cette réservation.

J'accepte que des frais de 20\$ ou 10\$ par convive manquant soient prélevés sur ma carte de crédit si je ne respecte pas la clause d'annulation de ma réservation ci-haut mentionnée.

Signature du titulaire / Cardholder signature : _____