



# 2018 Enrollment/Inscription

IN# \_\_\_\_\_

For ASM completion only: Region / Area #/  
A remplir par le directeur de domaine: Région / N° de Domaine

Language/Langue  English/Anglais  French/Français  New/Nouveau  Renewal/Renouvellement

## Business Information Renseignements sur l'entreprise

**Indicate NEW MEMBER or INCORRECT Information Only/  
Indiquez seulement correction de RENSEIGNEMENTS INCORRECTS ou NOUVEAU MEMBRE**  
(please print clearly)/(veuillez écrire lisiblement)

Name of Business/ Nom de l'entreprise \_\_\_\_\_

Name of Owner/ Nom du propriétaire \_\_\_\_\_

Contact Person/ Personne-contact \_\_\_\_\_

Address/ Adresse \_\_\_\_\_  
Street Address needed for kit delivery/Adresse physique nécessaire pour livraison

City/ Ville \_\_\_\_\_  
PO BOX for mail delivery, if applicable/Casier postal, le cas échéant

Province \_\_\_\_\_ Postal code/ Code postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ CO **C A**

Telephone/ Téléphone \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fax/ Télécopieur \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Contact E-mail Address/ Adresse électronique \_\_\_\_\_

## DEALER LOCATOR SERVICE / SERVICE DE LOCALISATION DE DÉPOSITAIRE IMPORTANT! Be sure to review this section and carefully select the appropriate options./ IMPORTANT! Assurez-vous de réviser cette section et choisir avec soin les options appropriées.

I want to be listed in the Locator Service/Je voudrais être inclus sur la liste de localisation  
**CHECK ALL THAT APPLY: COCHEZ TOUTES LES CASES CORRESPONDANTES:**

Service Professional/ Professionnels Du Service  Auto Parts Store/ Magasin De Pièces D'auto

Ride Control/ Contrôle de la suspension   
Exhaust/ Échappement

Store Hours/ Heures ouvrables \_\_\_\_\_

Website URL \_\_\_\_\_

### Kit Type / Trousse

Ride Control/ Contrôle de la suspension  Combined/ Combiné

Ship Kit/ Expédier la trousses

Do Not Ship Kit/ Ne pas expédier la trousses

Payment must be indicated below for enrollment to be processed/  
Le paiement doit être indiqué ci-dessous, sinon l'inscription ne sera pas enregistrée

WD Acct # must be indicated here: WD Acct # \_\_\_\_\_  
Le No. de compte de l'E-D doit être indiqué ici: No. de compte de l'E-D

## Alternate Shipping Address for Program Materials/Autre adresse d'expédition pour le matériel du programme

If you would like program materials to be sent to an alternate address please check which mailings and provide alternate address below:  
Si vous désirez que le matériel du programme soit expédié à une autre adresse, veuillez cocher les envois voulus et indiquer l'autre adresse ci-dessous :

Kit\*/Trousse\*  Welcome Letter/Lettre de bienvenue  Consumer Promotions/Promotions pour le consommateur  All Communications/Toutes les communications

C/O/ A/s de : \_\_\_\_\_

Attn:/ À l'attention de : \_\_\_\_\_  
First/Prénom : \_\_\_\_\_ Last/Nom de famille : \_\_\_\_\_

Address/Adresse \_\_\_\_\_

City/Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Postal Code/ Code postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\* Kit cannot be shipped to a PO Box/La trousses ne peut pas être livrée dans une case postale

## Method of Payment / Méthode de paiement

Enrollment Cost/ Frais d'inscription **\$120.00** Payment Type/ Type de paiement  Money Order/ Mandat  Cheque/ Chèque Cheque #/ N° du chèque \_\_\_\_\_ (Make cheque payable to: **Expert Plus Program**) / (Faites votre paiement à: **Expert Plus Program**)

GST/T.P.S. \_\_\_\_\_ PST/T.V.P. \_\_\_\_\_ Total/total \_\_\_\_\_  VISA/MasterCard Card Holder Name (Mail-in Only)/Nom du détenteur de la carte VISA/MasterCard (si vous commandez chez Tenneco directement) Exp. Date/ Date d'exp. \_\_\_\_\_

Bill WD/ Facturer l'entrepôt-distributeur  RC Acct/ Compte E-D contrôle de la suspension  EX Acct/ Compte E-D échappement  Acct. #/ No de compte \_\_\_\_\_  WD Acct #/N° de compte E-D \_\_\_\_\_  WD P.O. #/N° de bon de commande E-D \_\_\_\_\_  WD Account Name/ Nom de compte E-D \_\_\_\_\_ CVV # \_\_\_\_\_

If completed, the following information will appear on your customer's invoice/Si complétée, l'information suivante apparaîtra sur la facture de votre client

Jobber Name/ Nom du grossiste \_\_\_\_\_ Jobber #/ N° du grossiste \_\_\_\_\_

Jobber Address/ Adresse du grossiste \_\_\_\_\_

Jobber City/ Ville du grossiste \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Postal Code/Code Postal \_\_\_\_\_

Billing Reference#/N° de référence de la facture \_\_\_\_\_

## Salesperson Information (please print all information clearly) Indicate updated information/Information sur le vendeur (veuillez écrire lisiblement)

WD Name/ Nom de l'E-D \_\_\_\_\_ WD Acct #/ No. de compte de l'E-D \_\_\_\_\_

Jobber Name/ Nom du grossiste \_\_\_\_\_ Jobber Acct #/ No. de compte du grossiste \_\_\_\_\_

Salesperson/ Vendeur \_\_\_\_\_  
First/Prénom : \_\_\_\_\_ Last/Nom de famille : \_\_\_\_\_

Address/ Adresse \_\_\_\_\_  
City/Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Postal code/Code postal \_\_\_\_\_

Telephone/ Téléphone \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Username \_\_\_\_\_

E-mail Address/ Adresse électronique \_\_\_\_\_

Salesperson Signature/Signature du Vendeur \_\_\_\_\_

Tenneco Area Sales Manager Signature/ Signature du directeur de domaine de Tenneco \_\_\_\_\_

Region/District Number/ Numéro de la région/zone \_\_\_\_\_