2019 ENROLLMENT/INSCRIPTION

IN #: _____

For ASM Completion Only: Region / Area #
A remplir par le directeur de domaine: Region / Nº 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 NOVEAU MEMBRE

Name of Business/
Nom de l'entreprise:

Name of Owner/
Nom du propriétaire:

Contact Person/
Personne-contact:

Address/
Adresse:
Street address reqquired for kit delivery/Adresse physique nécessaire pour livaison

P.O. Box for mail delivery, if applicable/Casier postal, le cas échéant

City/
Ville:

Province: Postal code/ Code postal: - CO: C A

Telephone/
Telephone: - -

Contact E-mail Address/
Adresse électronique:

DEALER LOCATOR SERVICE/ SERVICE DE LOCALISATION DE DÉPOSITAIRE

☐ 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: _____

EXPERT PLUS KIT/ TROUSSE EXPERT PLUS

Kit Type/
Trousse: ☐ **Advantage/Avantage $19.99** ☐ **Select/Sélection $74.99**

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

☐ Do Not Ship Kit/Ne pas expédier la trousse
WD account # 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 MATÉRIAL 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 matérial du programme soit expédié à une autre adresse, veuillez cocher les envois voulus et indiquer l'autre adresse ci-dessous: ☐ Kit*/ Trousse* ☐ All Communications/ Toutes les communications ☐ Promotions

C/O:
A/s de:

Attn:/
À l'attention de:

Address/
Adresse:

City:/
Ville:

Province:

Postal code/
Code postal: -

* Expert Plus Kit cannot be shipped to a P.O. Box/La trousse ne peut pas être livrée dans une case postale

METHOD OF PAYMENT/ MÉTHODE DE PAIEMENT

☐ **Cheque/** Cheque #/ **Chèque** Nº du chèque: _____ (Make cheque payable to: **Expert Plus Program**) (Faites votre paiement à: **Expert Plus Program**)

☐ **VISA / MasterCard** Card Holder Name: _____
(Mail-in Only)/Nom du detenteur de la carte VISA/MasterCard (si vous commandez chez) Tenneco directement)

Acct. #:
Nº de compte:

Exp. Date/
Date d'exp.: / CVV #:

☐ **Bill WD/ Facturer l'entrepot distributeur**
☐ **RC Acct./ Compte E-D contrôle de la suspension**
☐ **EX Acct./ Compte E-D échappement**

WD Account Name/
Nom de compte E-D: _____

WD Acct. #/Nº
No. de compte E-D: _____

WD P.O. #/ Nº
No. de compte E-D: _____

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 #/
Nº du grossiste:

Jobber Address/
Adresse du grossiste:

Jobber City/
Ville du grossiste:

Province: Postal code/ Code postal: - CO: C A

Billing Reference/
Nº de référence de la facture:

Enrollment Cost/ Frais d'inscription

Advantage/Avantage	Select/Sélection
$19.99	$74.99

GST/T.P.S._____
PST/T.V.P._____ **Total/total**_____

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/
No du grossiste:

Jobber Acct #/
No. de compte du grossiste:

Salesperson/
Vendeur:

Address/
Adresse:

City/
Ville:

Province:

Postal Code/
Code Postal: -

Telephone/
Téléphone: - -

User Name UR:

E-Mail Address/
Adresse électronique:

Salesperson Signature/
Signature du Vendeur: _____

Tenneco Area Sales Manager Signature/
Sigature du directeur de domaine de Tenneco: _____

Region/District Number/
Numéro de la région/zone: _____

Mail copy to:/Envoyez la copie à: **Expert Plus Headquarters, P.O. Box 855, Streetsville, ON L5N 2C4. Phone/Téléphone: 1-855-786-8881.** Retain copy for your records/Conserver la copie pour vos dossiers.

TEN-EP-CAEF