RAPPORT D'ACTIVITE PONCTUEL

CLIENT :

MAGASIN :

Nom du CR :

Nom & Prénom :

Code Salarié :

Mois d'Intervention :

Commercial :

Semaine n°	L	M	M	J	V	S	TOTAL
							TOTAL

Commentaires :

MISE EN RAYON ☐ IMPLANTATION ☐ REIMPLANTATION ☐

INVENTAIRE ☐ MONTAGE PLV ☐ RELEVE DE PRIX ☐ MONTAGE TG ☐ DEMONTAGE TG ☐

Cachet & Signature du Magasin **obligatoire** à chaque passage. Le nom de la personne qui vous met le tampon doit être mentionné.

Le :	*Le :*	*Le :*
Le :	*Le :*	*Le :*

Jour de livraison :

Retard de Livraison ☐ le:

Je suis en congès du _____ au _____

Je vous propose pour me remplacer M. _____ Tél.: _____

Je ne connais personne suceptible de me remplacer ☐

Document à nous retourner ***impérativement avant le 30 de chaque mois à***

EURO SERVICES . 22, rue Michelet - 92100 BOULOGNE BILLANCOURT

En cas de nécessité *contactez-nous au* ***01 48 25 11 88 ou au 06 20 82 33 49***