



TIRE INSTALLATION FORM

CUSTOMER INFORMATION

Name: _____

Address: _____

City: _____

State: _____ Zip Code: _____

Phone #: _____

Email Address: _____

VEHICLE INFORMATION

Make / Model: _____

Odometer Reading: _____
(When Tires Installed)

Recommended Tire Pressure ___ PSI

Example:

DOT 7 0 M R 2 F L 0 7 0 8

Required
Optional
Required

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	TIRE 1
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	TIRE 2
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	TIRE 3
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	TIRE 4

TIRE REMOVAL INFORMATION

Odometer Reading
When Tires Removed

Date
Removed

Retailer
Name

Retailer
Signature
