



medicaem@medicaem.com

BON DE COMMANDE

NUMÉRO DE BON DE COMMANDE :

ADRESSE DE FACTURATION

.....
NOM ETABLISSEMENT

.....
SERVICE

.....
ADRESSE 1

.....
ADRESSE 2

.....
CODE POSTAL - VILLE

.....
TELEPHONE

.....
CONTACT

EXPÉDIER À :

.....
NOM ETABLISSEMENT

.....
SERVICE

.....
ADRESSE 1

.....
ADRESSE 2

.....
CODE POSTAL - VILLE

.....
TELEPHONE

.....
CONTACT

DATE DU BON DE COMMANDE :	DEMANDEUR	SERVICE	INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES	
QUANTITE	REFERENCE	DESCRIPTION	PRIX UNITAIRE HT	TOTAL HT

MATERIEL FRANCO DE PORT ET

..... TOTAL HT

D'EMBALLAGE SUR LA France

..... TVA 19.6%

CACHET - DATE ET SIGNATURE

METROPOLITAIRE

..... TOTAL TTC

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Joindre un chèque de règlement à la commande en cas de commande à titre de particulier.