BON de COMMANDE

Adresse de livraison (si différente):

Société :
Prénom, Nom :
Adresse 1 :
Adresse 2 :
CP : Ville :
Pays :
N° TVA Client:

Adresse de facturation :

Société :
Prénom, Nom :
Adresse 1 :
Adresse 2 :
CP : Ville :
Pays :

Date:
Email:

REFERENCES	DESIGNATIONS DES PRODUITS	QTE	PU.TTC			TOTAL TTC

Modes de Règlements

TOTAL TTC :

Chèque bancaire /__/ - Carte Visa-Mastercard /__/

Carte n° I__I__I__I__I I__I__I__I__I I__I__I__I__I I__I__I__I__I

Expiration : I__I__I / I__I__I__I__I
Code sécurité : I__I__I__I

dont TVA à 19,6% :

NET A PAYER :

COMMENTAIRES

SIGNATURE OBLIGATOIRE

ENVOI DE VOTRE BON DE COMMANDE :

GILOT MEDICAL 36 avenue de Genève 74000 Annecy France

OU PAR Fax : 04.50.66.59.36