

BON DE COMMANDE

CLIENT

MME MLLE M

NOM :

PRÉNOM :

ÉTABLISSEMENT:

SERVICE:

N° POSTE:

TEL.DOMICILE :

E-MAIL : @

ADRESSE DOMICILE :

.....

N° adhérent :

PAIEMENT

PAIEMENT PAR CHEQUE BANCAIRE OU POSTAL À L'ORDRE DE L'AMICALE DU CHU TOURS.

Espace Correspondance : *(Indiquez-nous ici vos demandes ou remarques particulières)*



DÉSIGNATION DES ARTICLES	RÉFÉRENCE	QTÉ	PRIX DE L'UNITÉ	MONTANT

DATE ET SIGNATURE	MONTANT DE LA COMMANDE	