



Amicale du Personnel
du C.H.U. de Tours

BON DE COMMANDE PARAPHARMACIE

INT

À nous retourner rempli et accompagné de votre règlement (à l'ordre de l'Amicale CHU Tours)

<i>Désignation</i>	<i>Réf</i>	<i>Qté</i>	<i>Prix unitaire</i>	<i>TOTAL</i>

NOM :

PRÉNOM :

SERVICE :

ÉTABLISSEMENT :

TEL SERVICE :

TEL MAISON :

N° ADHÉRENT: