

BON DE COMMANDE

Document à remplir en majuscules SVP

Valable uniquement en France Métropolitaine (pour l'export, merci de nous contacter afin d'obtenir une cotation de transport)

Adresse de facturation		Adresse de livraison	
Raison sociale :	.....	Raison sociale :	.....
Service :	.....	Service :	.....
Civilité :	.....	Civilité :	.....
Nom Prénom :	.....	Nom Prénom :	.....
Adresse :	.....	Adresse :	.....

Code Postal :	.....	Code Postal :	.....
Ville :	.....	Ville :	.....
Téléphone :	.....	Téléphone :	.....
Fax :	.....	Fax :	.....
Mail :	.....	Mail :	.....
Numéro de client (si existant) :	.....	

Référence	Désignation de l'article	Qté	PU TTC	Total TTC
			Sous total	
			Frais de port :	
Les frais de port peuvent être calculés sur notre site web ou en nous appelant au 02 40 58 98 00				
				TOTAL TTC A PAYER

Commentaires :

Date * :

Cachet de l'établissement et signature * : (* Obligatoires)

Mode de règlement :

- Chèque bancaire ou postal (à l'ordre de Hexamed) (1)
- Virement bancaire (1)
Crédit Mutuel - CRCM LACO ENT NANTES NORD LOIRE
IBAN : FR76 1027 8368 4400 0300 6540 428
BIC : CMCIFR2A
- Mandat administratif (joindre impérativement le bon de commande administratif)

(1) : votre commande sera traitée à réception de votre règlement