IBSCG medical
Turnkey Supplier

BON DE COMMANDE

Adresse de facturation	Adresse de livraison
Raison sociale: **Nom:** **Adresse:**	**Raison sociale:** **Nom:** **Adresse:**

Code postal: **Ville:** **Pays:** **Téléphone:** **Email :**	**Code postal:** **Ville:** **Pays:** **Téléphone:** **Email:**

Réf.	Désignation	Prix U € HT	Qté	Prix Total € HT

		Total € HT		

Mode de règlement ***(Cochez la case)***

Cachet du Client
Date, signature (Obligatoire)

Après réception du bon de commande, vous allez être contacté par téléphone par la Direction Commerciale pour valider votre commande et vous indiquer les délais de livraison.

Besoin d'aide : Tél. +33 1 82 28 19 54

Dépôt : Tél. +33 2 32 54 04 26