BON DE COMMANDE

Date : ___/___/_____

Adresse de livraison
Société: _____
Nom: _____
Prenom: _____
Adresse: _____
_____
Code postal: _____
Ville: _____
Pays: _____
Tél: _____
Email : _____

Adresse de facturation
Société: _____
Nom: _____
Prenom: _____
Adresse: _____
_____
Code postal: _____
Ville: _____
Pays: _____
Tél: _____

Ref	*Description*	*Parfum*	*Quantité*	*Prix unitaire*	*Prix*
			Frais de port		

Mode de règlement	
☐ Carte bancaire	Numéro : _____/_____/_____/_____
☐ Chèque bancaire	Date d'expiration : _____/_____
☐ Chèque postal	Signature :

Santemarket - Transac - Centre MBE 213 - 2 bis avenue Durante - 06000 Nice

Tel : +33 (0)4 93 817 817 - Fax : +33 (0)4 93 53 20 16
Site web: http://www.santemarket.fr/ - E-mail : contact@santemarket.fr