# BON DE COMMANDE

## VOTRE ADRESSE

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Code Postal : .....

Ville : ..... Pays : .....

Tél : .....

E.mail : .....

## ADRESSE DE LIVRAISON

*(si différente de votre adresse)*

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Code Postal : .....

Ville : ..... Pays : .....

Tél : .....

E.mail : .....

| Produit | Référence | Prix unitaire en € | Quantité | Montant TOTAL |
|---|---|---|---|---|
| *Exemple : Cantal* | *00246* | *3,34* | *2* | *6,68* |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| **MONTANT de la commande** | | | | **€** |

**VOTRE MODE DE PAIEMENT :**

❒ Chèque (à joindre au bon de commande)

❒ Carte Bancaire, Numéro de carte :

Notez les 3 derniers chiffres du N° inscrit au dos de votre carte, près de votre signature : Expire :

| | |
|---|---|
| **Participation aux Frais De Port** | **8,00 €** |
| **TOTAL de LA COMMANDE** | **€** |

Date et Signature * :

TESTADAZ.COM - 4, rue Caylus - 15000 AURILLAC - Tél/Fax : 04 71 43 17 60 - E.mail : contact@testadaz.com - www.testadaz.com

SARL au capital de 90000 € - Siret 481 257 640 00021 - APE 526B

* Pour être honoré, le bon de commande devra être daté, signé et accompagné d'un règlement.