

Merci de cocher la case correspondante :

COMMANDE DE PRODUIT(S)

FACTURATION SUR DÉPÔT



ARSYLAB

COMMANDE DE GEL INTRA-ARTICULAIRE

Gel intra-articulaire pour viscosupplémentation

| Dénomination | Concentration | Volume | Quantité | Tarif Unitaire | Tarif TTC |
|---------------------|---------------|--------|----------------------|----------------|----------------------|
| ARSYVISC | 1.6 % | 2 ml | <input type="text"/> | x 23.00 € | <input type="text"/> |
| ARSYVISC | 2.2 % | 2 ml | <input type="text"/> | x 59.00 € | <input type="text"/> |
| ARSYVISC FORTE | 2.5 % | 3 ml | <input type="text"/> | x 72.00 € | <input type="text"/> |
| ARSYVISC FORTE PLUS | 2.5 % | 4.8 ml | <input type="text"/> | x 126.00 € | <input type="text"/> |



< Gamme Arsyvisc >

Sous-Total commande :

€

Frais de Port pour toute commande inférieure à 50€ TTC

5.70 €

Frais de Port pour toute commande supérieure à 50€ TTC

GRATUIT

Total TTC :

€

CACHET DU MÉDECIN

DATE DE L'INJECTION : ___ / ___ / 20__

Merci de cocher la case correspondant aux frais de port adéquats. N'oubliez pas de bien les comptabiliser dans votre total si votre commande est inférieure à 50€.

LIVRAISON COLISSIMO

NOM & ADRESSE DE LIVRAISON

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Téléphone :

Email :

NOM & ADRESSE DE FACTURATION (SI DIFFÉRENTE)

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Téléphone :

Email :

MODALITÉS

- Merci d'adresser votre commande, accompagnée d'un chèque du montant correspondant, libellé à l'ordre d'Arsylab.
- À réception du bon de commande, ArsyLab envoie les produits et la facture correspondante à l'adresse indiquée.

DATE : ___ / ___ / 20__

"Bon pour commande"
SIGNATURE :