

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 73.00 €	<input type="text"/>
ARSYVISC FORTE PLUS	2.5 %	4.8 ml	<input type="text"/>	x 126.00 €	<input type="text"/>



Sous-Total commande :	€
<input type="checkbox"/> Frais de Port pour toute commande inférieure à 50€ TTC	6.30 €
<input type="checkbox"/> Frais de Port pour toute commande supérieure à 50€ TTC	<b>GRATUIT</b>
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'Arslab.
- À réception du bon de commande, Arslab envoie les produits et la facture correspondante à l'adresse indiquée.

DATE :  /  / **20**

"Bon pour commande"  
SIGNATURE :

