

Merci de cocher la case correspondante :

COMMANDE DE PRODUIT(S)

FACTURATION SUR DÉPÔT



ARSYLAB

**MODES DE PAIEMENTS**

- Par carte bancaire sur le site [www.arsylab.com](http://www.arsylab.com)
- Par carte bancaire au téléphone : **02 30 26 01 01** du lundi au vendredi de 09h à 17h
- Par chèque en remplissant le bon de commande ci-dessous

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"/>



< Gamme Arsyvisc >

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>
<b>Total TTC :</b>	<b>€</b>

———— 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**

- 1 Dans le cas d'un paiement par chèque, merci d'adresser ce bon de commande complété et accompagné d'un chèque du montant correspondant, libellé à l'ordre d'Arsylab.
- 2 À réception du bon de commande et du règlement, Arsylab envoie les produits à l'adresse indiquée.

DATE :  /  / **20**

"Bon pour commande"  
SIGNATURE :

