

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	Conditionnement	Volume	Quantité	Tarif Unitaire	Tarif TTC
SYNOCROM UNI-DOSE	Seringue	2 ml	<input type="text"/>	x 29,00 €	<input type="text"/>
SYNOCROM TRI-DOSES	Seringue	3 x 2 ml	<input type="text"/>	x 87,00 €	<input type="text"/>



&lt; Gamme Synocrom &gt;

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**

- 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 :