

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
- 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	Référence / UDI	Quantité	Tarif unitaire	Tarif TTC
<input checked="" type="radio"/> ARSYPACK	REF : 400905-1 UDI : 3666002012136 (1 PACK)	<input type="text"/>	x 12.00 €	<input type="text"/>
<input checked="" type="radio"/> ARSYPACK SCAN	REF : 9073_A UDI : 3661379236925 (1 PACK)	<input type="text"/>	x 12.00 €	<input type="text"/>
<input checked="" type="radio"/> ARSYPACK ECHO	REF : 9075_A UDI : 3661379236932 (1 PACK)	<input type="text"/>	x 12.00 €	<input type="text"/>
<input checked="" type="radio"/> ARSYPACK RHU	REF : KER71094 UDI : 3666520066260 (1 PACK)	<input type="text"/>	x 8.40 €	<input type="text"/>
<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				GRATUIT
Total TTC :				€

CACHET DU MÉDECIN

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 :