Bon de commande (à renvoyer par courrier ou mail à contact@mypharmaciebox.com)

Date: _____ **Réf.cmde:** _____

6, rue du Plessis Beuscher
35220 CHATEAUBOURG
0 221 010 010
contact@mypharmaciebox.com

Adresse de facturation

Société : _____
Adresse : _____
_____
Code Postal : _____ Ville : _____
Tél. : _____ Fax : _____
E-mail comptabilité : _____

Adresse de livraison (si différente de la facturation)

Société : _____
Adresse : _____
_____
Code Postal : _____ Ville : _____
Tél. : _____ Fax : _____
Infos livraison : _____
Heures d'ouverture : _____
Jours de fermeture : _____

* Information obligatoire

N° Client* : _____
Nom* : _____ Prénom* : _____
Fonction : _____
Téléphone* : _____ Fax : _____
E-mail* : _____
Effectif : _____
Activité : _____

Réf article	Désignation des articles	Qté	P.U. HT	Prix total HT
	Un bon de commande par adresse de livraison			

Montant HT	
Participation aux frais de port (France Métropolitaine)	12,50 € HT
TVA 20%	
Montant TTC	

MODE DE PAIEMENT

- Virement ou chèque
- Mandat (administratif uniquement) Net à la réception de la facture

LIVRAISON EN ENTREPRISE
En 72h selon disponibilité des stocks (nous consulter)

Cachet commercial et mention bon pour commande

Conditions générales de vente disponibles sur mypharmaciebox.com

Coordonnées bancaires :
R.I.B. : CMB CHATEAUBOURG
IBAN : FR76 1558 9351 4408 1683 2854 031 - BIC : CMBRFR2BARK
E-mail comptabilité MyPharmacieBox : contact@mypharmaciebox.com