BON DE COMMANDE LD MÉDICAL

TEL : 01 48 59 11 59 | FAX : 01 48 59 55 16 | EMAIL : info@ld-medical.fr | ADRESSE : 2 ROUTE DE CALIFORNIE 07100 ANONNAY

Adresse de facturation

Raison sociale : .....
Mme / Mr Nom : .....
Prénom : .....
Adresse : N° ..... Voie .....
.....
Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : .....
Tel fixe : ..... Mobile * .....
Email * : .....

* Ces données sont nécessaires pour le suivi de votre livraison. Ces informations font l'objet d'une déclaration à la CNIL et consultables et modifiables.

Adresse de livraison (si différente de l'adresse de facturation)

Raison sociale : .....
Mme / Mr Nom : .....
Prénom : .....
Adresse : N° ..... Voie .....
.....
Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : .....
Jours de fermeture : ..... Code porte : .....

Loi informatique et liberté : Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant.

Référence	Désignation de l'article	Qté	P.U. TTC	TOTAL TTC

Si vous avez choisi une personnalisation par gravure laser, veuillez indiquer ici :
le texte que vous souhaitez graver : .....
la police de caractère : .....

Total TTC	
Frais de port : dès < 89€	6,95€ TTC
Frais de port dès > 89€	OFFERTS
Total commande TTC	

INSCRIPTION NEWSLETTER ○ Je souhaite recevoir vos offres promotionnelles par email (2 par mois). Je peux me désabonner à tout moment de votre newsletter.

REGLEMENT

○ Chèque à l'ordre de MDL MEDICAL
○ Par carte bancaire ☐ VISA ☐ MASTERCARD ☐ CB
N° : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Date expiration : ☐☐☐☐ Cryptogramme : ☐☐☐
Nom du titulaire : .....
○ **Par virement bancaire** *(voir coordonnées bancaire ci-dessous)*

Date :

Cachet et signature :

Banque HSBC FR CAE PARIS REPUBLIQUE • Code banque : 30056 • Code guichet : 00919 • Compte : 09190001776 • Clé RIB : 66 • Code BIC : CCFRFRPP • IBAN : FR76 3005 6009 1909 1900 0177 666