



Adresse de facturation :		Je souhaite être livré à une autre adresse :	
Société:.....		Société:.....	
SIRET:.....		Nom:..... Prénom:.....	
Nom:..... Prénom:.....		Adresse:.....	
Adresse:.....		Code Postal:..... Ville:.....	
Code Postal:..... Ville:.....		Tel:..... Fax: .....	
Tel:..... Fax: .....		Information:.....	

**Pour recevoir le suivi de commande, laissez-nous votre adresse e-mail.**




Votre Commande N° : .....

Date:.....

Référence	Désignation article	Qté	Prix unitaire HT	Prix total HT (Qté x Prix unitaire)

Mode de règlement :		Sous total € HT	
<input type="checkbox"/> Par chèque ou virement à 30 jours net <input type="checkbox"/> Par chèque (à joindre au bon de commande) <input type="checkbox"/> Par mandat administratif <input type="checkbox"/> Par carte Bancaire : <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> </div>		<b>Ma commande est &lt;110€ HT</b> <b>7,80 €</b>	
Date d'expiration : ...../.....      Cryptogramme: .....		<b>Ma commande est &gt;110€ HT</b> <b>Gratuit</b>	
N° de carte : .....-.....-.....-.....		<b>Total HT</b>	
		<b>TVA 19,6%</b>	
		<b>Total TTC</b>	

**Pour envoyer votre commande :**



**Par Courrier :**

MediSafe  
31 Rue Pascal  
77100 Meaux



**Par Fax :**

01 83 62 08 24



**Par Mail :**

contact@medisafe.fr

**Merci pour votre commande**