

NOM DU CLIENT		CODE CLIENT	
.....		
Adresse de livraison		Adresse de facturation	
Adresse :		Adresse :	
CP : / Ville :		CP : / Ville :	
Personne à contacter			
Prénom / Nom :		Courriel :	
Fonction :		Tél :	
Date de la commande : / /			

DENOMINATION	CONDITIONNEMENT	COMMANDE MINIMUM	CODE ARTICLE	PRIX €HT / CARTON FRANCO DE PORT	QUANTITE COMMANDEE	TOTAL €HT / PRODUIT
Kit+ 1 mL 2 injections	Étui cartonné Carton de 16 étuis	6 cartons 96 étuis	5054268	11,20 €-soit 0,70 € l'étui 67,20€ (6 cartons mini)	..... cartons	.........
	Étui cartonné filmé Carton de 16 étuis	6 cartons 96 étuis	5054269	12,64 €-soit 0,79 € l'étui 75,84€ (6 cartons mini)	..... cartons	.........
	Sachet Carton de 60 sachets	3 cartons 180 sachets	5054281	42 €-soit 0,70 € le sachet 126€ (3 cartons mini)	..... cartons	.........
Kit+ 2 mL 1 injection	Étui cartonné Carton de 16 étuis	6 cartons 96 étuis	5054266	09,60€-soit 0,60 € l'étui 57,60€ (6 cartons mini)	..... cartons	.........
	Étui cartonné filmé Carton de 16 étuis	6 cartons 96 étuis	5054267	11,04 €-soit 0,69 € l'étui 66,24€ (6 cartons mini)	..... cartons	.........
	Sachet Carton de 60 sachets	3 cartons 180 sachets	5054280	36 €-soit soit 0,60 € le sachet 108€ (3 cartons mini)	..... cartons	.........
TOTAL €HT-selon MINIMUM DE COMMANDE 150€HT Même adresse de livraison						.....€ HT Tva applicable 5,5%

Envoyez ce bon de commande uniquement par e-mail à l'adresse GD-ADVTours@delpharm.com, en précisant « Kit+ » en objet.

Aucun devis ne sera envoyé : les frais de port étant inclus dans les prix, ce bon de commande fait office de devis.

Selon les quantités minimales de commande et par multiple de cartons par référence avec un impératif de montant minimum de 150 €HT. Toute commande reçue ne respectant pas ces conditions, ne sera pas traitée.

Livraison sous 10 jours maximum, selon disponibilité des stocks.

Règlement par virement à réception de facture.

DELPHARM TOURS

Société par actions simplifiée au capital de 21 496 000 euros
Rue Paul Langevin, 37172 Chambray-lès-Tours Cedex

COMPTE CLIENT	<input type="checkbox"/> Création <input type="checkbox"/> Modification	Date :
Nom de la structure	Code client (Code interne Delpharm)	

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Type d'établissement	<input type="checkbox"/> CAARUD <input type="checkbox"/> CSAPA <input type="checkbox"/> Centre hospitalier <input type="checkbox"/> Autre
Adresse de facturation	
Code postal / Ville	
Adresse de livraison si différente	
Spécificités de livraison (jours, horaires...)	
Téléphone	
Fax	

CONTACT PRINCIPAL

Prénom - Nom	
Fonction	
Téléphone fixe	
Mobile	
Fax	
Email	

Merci de retourner ce formulaire complété par courriel au service client : GD-ADVTours@delpharm.com