|  |
| --- |
| **Bon de commande** |
| **Adresse de livraison** | **Adresse de facturation** |
| **Nom Prénom :****Adresse :****CP :****Ville :** | **Nom Prénom :****Adresse :****CP :****Ville :** |
| **Référence** | **Désignation** | **Quantité** | **Prix unitaire** | **Montant** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Mode de paiement (à joindre à la commande)🞎 Chèque bancaire🞎 Carte bancaireDate expiration : ……/ ……N° : |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|Signature | Montant de la commande |  |
| Remise 10 % (si commande > 50 €) |  |
| 9 doses d’essai Rêves de nuit 3 € |  |
| 9 doses d’essai Portofino 3 € |  |
| Port forfaitaire | 7,00 € |
| Montant total |  |