

BON DE PRÉ-COMMANDE

A retourner par fax au **03.20.40.91.73**
ou par courrier (voir en bas du bon de commande)

Votre contact chez Teamalex Medical : Allison Stasiak au **03.66.72.15.78** ou **contact@teamalex-medical.fr**

Adresse de Livraison :

Etablissement : _____

☐ M. ☐ Mme. ☐ Mlle. Email (professionnel) : _____ @ _____

Nom : _____ Prénom : _____

Tél : _____ Fax : _____

Adresse : N° : _____ Rue : _____ BP : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

N° SIRET : _____

Adresse de Facturation ☐ Identique (voir-ci-dessus) ☐ Différente (remplir les champs ci-dessous)

Etablissement : _____

☐ M. ☐ Mme. ☐ Mlle. Email (professionnel) : _____ @ _____

Nom : _____ Prénom : _____

Tél : _____ Fax : _____

Adresse : N° : _____ Rue : _____ BP : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Référence	Désignation	Quantité	Prix unitaire	Total HT

Le montant final vous sera communiqué par notre équipe après étude des frais de transport, ceux-ci étant établis en fonction du type de matériel commandé.

Retrouvez l'ensemble de notre gamme sur

WWW.TEAMALEX-MEDICAL.FR

