

Date de commande:*

Numéro de commande interne:

Nom de la personne qui passe la commande:

Date de livraison souhaitée:

***Champ obligatoire**

Remarques sur la livraison (p. ex. heure de livraison souhaitée):

☐ **Adresse de facturation = Adresse de livraison**

Client/Adresse de facturation:

Numéro de client:

Entreprise:*

Personne de contact:*

Téléphone:*

Division:

Rue, n° de maison:*

Code postal, ville:*

Pays:*

Adresse de livraison:

Numéro de client:

Entreprise:*

Personne de contact:*

Téléphone:*

Division:

Rue, n° de maison:*

Code postal, ville:*

Pays:*

Numéro d'article*	Description*	Unité (pièces/ conditionnement d'emballage)*	Quantité*	Prix unitaire net en €	Rabais	Prix total net en €

Numéro d'article*	Description*	Unité (pièces/ conditionne- ment d'em- ballage)*	Quantité*	Prix unitaire net en €	Rabais	Prix total net en €

Valeur totale en €, départ usine



Ce document a été créé numériquement et est valable sans signature.

Vous trouverez ici nos CGV: <https://www.ulrichmedical.com/fr/conditions-generales>

Télécharger le formulaire de commande:
<https://www.ulrichmedical.com/fr/commande>