# 

**DATE**

**BON DE COMMANDE**

**PROTECTEUR FACIAL**

# Facturé à

Commandé par : Tél. :

Courriel :

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

# Livré à

|  |
| --- |
| . |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Nom :

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Adresse :

Ville :

Province :

Code postal :

Att. :

Facture envoyée par courriel à

Nom : Adresse : Ville : Province : Code postal : Att. :

**MAXIMUM DE 10 PROTECTEURS PAR MEMBRE INSTITUTIONNEL DE LA SMQ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PRODUIT** | **Nom** | **Quantité** | **Prix unitaire** | **Total** | |
| **MP-cvd19-01** | **Protecteur facial MP** |  | 10,00 |  | |
| **Frais de transport** | | | 19,00 | 19,00 $ | |
| Commentaires |  | | | **Sous-total** |  |
| TPS 5% |  |
| TVQ 9.975% |  |
| Conditions : payable sur réception de la commande. | | | | **TOTAL** | $ |