

COMMANDE PARFUMERIE

AMICALE DU PERSONNEL

CENTRE HOSPITALIER MONTLUCON / NERIS LES BAINS

NOM : _____ Prénom : _____

Service : _____ Nº poste : _____ Nº tél. : _____

Adresse : _____

Fait à :

Le :

Signature :

REGLEMENT OBLIGATOIRE A LA COMMANDE

Chèque libellé / Amicale du personnel CH Montluçon
Commande pour le **Mardi 23 Janvier 2024 dernier délai**