

COMMANDE PARFUMERIE

AMICALE DU PERSONNEL CENTRE HOSPITALIER MONTLUÇON / NERIS LES BAINS

NOM : _____ Prénom : _____

Service : _____ N° poste : _____ N° tél. : _____

Adresse : _____

Code Produit	Quant.	Désignation	Prix unitaire	Montant à régler
TOTAL				

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**