

DATE _____

NO. DE COMMANDE _____

SIGNATURE _____

FACTURER À :
 Responsable _____
 École _____
 Adresse _____
 Ville _____
 Province _____ Code postal _____
 Téléphone () _____
 Fax () _____

ENVOYER À :
 Responsable _____
 École _____
 Adresse _____
 Ville _____
 Province _____ Code postal _____
 Téléphone () _____
 Fax () _____

DIRECTIVES :

MÉTHODE DE PAIEMENT : Chèque / Cheque Visa MasterCard
 Numéro de carte _____ Date d'expiration _____ Signature du détenteur _____

QTÉ	ITEM #	DESCRIPTION	PAGE #	PRIX	MONTANT / EXT.

Sous-total :

Commandes et service à la clientèle
 **1-800-668-0600**  **1-800-668-0602**
spectrum-nasco.ca/fr
infoquebec@spectrumed.com

TPS	
TVQ	
TOTAL	