

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	