



Bon de commande

Date

W. www.homeodispensaire.com
E. info@homeodispensaire.com
T. 514.252.4351; 819.717.1901 ; 1.888.533.4351
F. **1.855.493.4351**

MARQUE	NOM DU PRODUIT	FORM	QTÉ
--------	----------------	------	-----

LIVRAISON - UPS

Nom _____	Nom du client _____
Nom de l'entreprise _____ (s'il y a lieu) _____	Adresse _____
Adresse _____	Ville _____
Ville _____	Code postal _____
Code postal _____	Téléphone _____
Nom de contact _____	Cellulaire _____
Téléphone _____	Courriel _____
	VISA _____
	Master Card _____
	Date d'expiration _____
	Nom du détenteur _____
	Signature _____
Nom du professionnel de la santé _____	
Association _____	
# de membre _____	