



BON DE COMMANDE 2024 METROPOLE

Nom : Prénom :
 Adresse :
 Code postal : Ville :
 Téléphone : E-Mail :
 Numéro d'adhérent :

TARIFS :

	<u>Adhérent</u>	<u>Non adhérent</u>
CONTRAT (1)	13 €	20 €
<i>Lot de 2</i>	17 €	24 €
<i>Lot de 5</i>	50 €	70 €
AGENDA		15 €
LIVRE DE VIE (1)	8 €	12 €
REGISTRE POUR L'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS	8 €	12 €
PACK COMPLET <i>(1 contrat, 1 agenda, 1 livre de vie, 1 registre administration des médicaments)</i>		60 €

Article	Quantité	Montant total
CONTRAT		
AGENDA		
LIVRE DE VIE		
REGISTRE POUR L'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS		
PACK COMPLET		

TOTAL COMMANDE

Attention : Toute commande non accompagnée du règlement ou du justificatif de virement correspondant ne pourra être prise en compte. L'expédition sera différée jusqu'à réception du justificatif de paiement.

Chèque N° : Établissement : Montant :
 (à renvoyer à l'adresse suivante : SUPNAAFAM-UNSA - Résidence les fontaines de Sienna
 873, route de Pertuis - 84300 CAVAILLON)

Virement bancaire (envoyer ce bon de commande à adhesion@supnaafam-uns.org)
 Mettre en référence de paiement votre nom et prénom et le mot « commande »

RIB - Identifiant National de Compte

IBAN						
FR38	3000	2016	3200	0007	2651	Z35

Fait à : Le : Signature :