BERRETTA MEDICAL INC.

Bon de Commande

Solutions Orthopédiques de Qualité

INFORMATIONS DE FACTURATION:

No de commande: _____

Compagnie: _____

Adresse: _____

Ville: _____ Prov./État: _____

Code Postal: _____ Pays: _____

Téléphone: _____ Télécopieur: _____

***INSTRUCTIONS D'EXPÉDITION**: (si différente de l'adresse de facturation)*

Navire à: _____

Addresse: _____

Ville: _____

Prov./État: _____

Code Postal: _____ Pays: _____

Expédition: ☐ Standard (Terrestre) ☐ Accéléré (2-3 jours) ☐ Jour suivant (Spéciale)

No de Catalogue	Déscription	Qté.

Mode de Paiement

○ Chèque Inclus ○ Facturé Moi ○ Visa ○ MasterCard

No de Carte de Crédit: _____ Date d'expiration: _____

BERRETTA MEDICAL INC.

5545 St-Jacques, Montréal, Québec, Canada, H4A 2E3 Téléphone: 514-369-3311 Télécopieur: 514-369-1911 www.bmiortho.com