PLEIN fard

*Maquillage professionnel*

| CARTE PROFESSIONNELLE | |
|---|---|
| CODE CLIENT | ..... |
| CARTE PRO N° | |
| DATE DE VALIDITÉ | |



# BON DE COMMANDE

***Envoyez votre commande...***

| PAR FAX | PAR COURRIER | PAR TÉLÉPHONE | PAR MAIL | PAR INTERNET |
|---|---|---|---|---|
| 33 (0)1 53 76 10 60 | PLEIN FARD<br>7, rue de Courcelles<br>75008 PARIS | 33 (0)1 42 56 34 28<br>du lundi au vendredi<br>de 10h à 18h45 | contact@pleinfard.com | La Boutique des Maquilleurs.com<br>www.la-boutique-des-maquilleurs.com |

SOCIÉTÉ .....

ACHETEUR NOM ..... PRÉNOM.....

ADRESSE DE LIVRAISON .....

CODE POSTAL ..... VILLE ..... PAYS.....

TÉL. ..... FAX ..... E-MAIL .....@.....

HORAIRES DE LIVRAISON .....

MODE D'ENVOI .....

## LVRAISON

☐ LIVRAISON GRATUITE SOUS 24H À PARIS, POUR TOUTE COMMANDE SUPÉRIEURE À 150 € HT

☐ GRATUITE SOUS 48 HEURES, EN FRANCE MÉTROPOLITAINE, POUR TOUTE COMMANDE SUPÉRIEURE À 760 € HT*

** SI REGLEMENT COMPTANT*

☐ FedEx.

☐ Pour tout autre destination et montants inférieurs, merci de nous téléphoner pour connaître la cotation du transport.

| Références | DESCRIPTION | Quantité | Prix **TTC** | Total **TTC** |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**DISTRIMAQ • SOCIÉTÉ DE DISTRIBUTION DE MAQUILLAGE PROFESSIONNEL**
SARL AU CAPITAL DE 50 000 € - RCS PARIS B 439 191 610 - APE 514 L
**7 , RUE DE COURCELLES 75008 PARIS - TÉL : 33 (0)1 42 56 34 28 - FAX 33 (0)1 53 76 10 60**

PLEIN fard
Maquillage professionnel

| Références | DESCRIPTION | Quantité | Prix **TTC** | Total **TTC** |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

## RÈGLEMENT

| | |
|---|---|
| **TOTAL PRODUITS** | |
| **REDUCTION CARTE PRO** | |
| **FRAIS DE PORT** | |
| **TOTAL TTC** | |

☐ CB ☐ VISA ☐ MasterCard ☐ AMERICAN EXPRESS ☐ PAR CHÈQUE BANCAIRE A L'ORDRE DE **DISTRIMAQ SARL**

N° DE LA CARTE BANCAIRE

DATE D'EXPIRATION

CODE SÉCURITÉ (3 chiffres figurant au dos de votre carte )

NOM DE PORTEUR ..... NOM DE LA BANQUE .....

SIGNATURE .....

## COMMENTAIRES

**DISTRIMAQ • SOCIÉTÉ DE DISTRIBUTION DE MAQUILLAGE PROFESSIONNEL**
SARL AU CAPITAL DE 50 000 € - RCS PARIS B 439 191 610 - APE 514 L
**7 , RUE DE COURCELLES 75008 PARIS - TÉL : 33 (0)1 42 56 34 28 - FAX 33 (0)1 53 76 10 60**