

VOTRE PROFESSION

- ☐ Enseignant
- ☐ Enseignant spécialisé
- ☐ Orthophoniste
- ☐ Autre profession :

ADRESSE DE FACTURATION

Nom _____

Prénom _____

Organisme _____

Adresse _____

Code postal _____

Ville _____

Pays _____

E-mail (important pour le suivi de la commande)

Tél. (important pour le suivi de la commande)

ADRESSE DE LIVRAISON

- ☐
- Idem à l'adresse de facturation

Nom

Prénom _____

Organisme _____

Adresse _____

Code postal _____

Ville _____

Pays _____

RÉFÉRENCE	DÉSIGNATION	QTÉ	PRIX U.	TOTAL
Livraison offerte à partir de 70€ d'achats pour la France Métropolitaine, 90€ pour la Belgique				GRATUIT
Frais d'envoi en France Métropolitaine si votre commande est inférieure à 70€ d'achats				6,90€
Frais d'envoi en Belgique si votre commande est inférieure à 90€ d'achats				9,90€
TOTAL À RÉGLER				

MODE DE RÈGLEMENT:

- ☐ Chèque à l'ordre de : LOGOMAX

- ☐
- Virement Bancaire

IBAN : FR76 3000 3004 5200 0257 1010 858 - CODE BIC : SOGEFRPP

- ☐
- Mandat administratif

Pour des raisons de sécurité, les paiements CB peuvent se faire par téléphone ou à partir de notre site internet. Les conditions générales de vente sont consultables sur notre site internet.

LIVRAISON:

- ☐ Je souhaite recevoir
mon colis à partir
du / /,
ou semaine n°

Date & Signature

Cachet pour les organismes