



## Bon de commande

Date	
DR TIFLEX IM	
Commande n°	

N° client		
Nom client		
Représenté par	M. Mme	
En qualité de		
Adresse		
CP + ville		
Tél		Fax

01	14	28	41	54	67	80	93		
02	15	29	42	55	68	81	94		
03	16	30	43	56	69	82	95		
04	17	31	44	57	70	83	971		
05	18	32	45	58	71	84	972		
06	19	33	46	59	72	85	973		
07	21	34	47	60	73	86	974		
08	22	35	48	61	74	87	976		
09	23	36	49	62	75	88	2A		
10	24	37	50	63	76	89	2B		
11	25	38	51	64	77	90		FNI	
12	26	39	52	65	78	91			
13	27	40	53	66	79	92			

## COMMENTAIRES