

## BON DE COMMANDE

**NOM :**

**Prénom :**

**Adresse :**

**Code Postal :**

**Ville :**

**☎ :**

**@ :**

DESIGNATION	TARIF <small>(VOIR DOCUMENT ANNEXE)</small>	QUANTITE	MONTANT
<b>FRAIS D'EXPEDITION *</b>			<b>5 €</b>
<b>TOTAL DE LA COMMANDE</b>			<b>€</b>

Je joins mon règlement à la commande, chèque à **l'ordre de la F.F.H.M.F.A.C.**

Date :

Signature :

*\* frais d'expédition gratuits à partir de 100 € d'achat.*

7 rue Roland Martin  
Bât. B - 1<sup>er</sup> étage  
94500 Champigny sur Marne

Tél. : 01 55 09 14 25  
Fax : 01 55 09 14 29  
Courriel : [contact@ffhmfac.fr](mailto:contact@ffhmfac.fr)

[www.ffhmfac.fr](http://www.ffhmfac.fr)

