



## BON DE COMMANDE 2024 DOM

Nom : Prénom :  
Adresse :  
Code postal : Ville :  
Téléphone : E-Mail :  
Numéro d'adhérent :

### TARIFS :

	<u>Adhérent</u>	<u>Non adhérent</u>
CONTRAT (1)	16 €	22 €
Lot de 5	70 €	
AGENDA		20 €
LIVRE DE VIE	10 €	15 €
REGISTRE POUR L'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS	10 €	15 €
PACK COMPLET (1 contrat, 1 agenda, 1 livre de vie, 1 registre administration des médicaments)		80 €

Article	Quantité	Montant total
CONTRAT		
AGENDA		
LIVRE DE VIE		
REGISTRE POUR L'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS		
PACK COMPLET		

### TOTAL COMMANDE

**Attention :** Toute commande non accompagnée du règlement ou du justificatif de virement correspondant ne pourra être prise en compte. L'expédition sera différée jusqu'à réception du justificatif de paiement.

Chèque N° : Établissement : Montant :  
(à renvoyer à l'adresse suivante : SUPNAAFAM-UNSA - Résidence les fontaines de Sienna  
873, route de Pertuis - 84300 CAVAILLON

Virement bancaire (envoyer ce bon de commande à [adhesion@supnaafam-uns.org](mailto:adhesion@supnaafam-uns.org))  
Mettre en référence de paiement votre nom et prénom et le mot « commande »

### RIB - Identifiant National de Compte

#### IBAN

FR38 3000 2016 3200 0007 2651 Z35

Fait à : Le : Signature :