



Bon de commande

Date: _____

Information d'expédition

Nom du centre/hopital : _____
 Nom du contact : _____
 Date de l'opération (MM/JJ/AA) : _____ Date de l'arrivée du produit (MM/JJ/AA) : _____
 Adresse de livraison : _____
 Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____
 Adresse E-mail: _____ Téléphone : _____ Fax : _____

Données de facturation

Nom du centre/hopital : _____
 Nom du contact pour facture : _____
 Adresse de facturation : _____
 Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____
 Adresse E-mail: _____ Téléphone : _____ Fax : _____

Commande

# d'article	DESCRIPTION	QUANTITÉ
EAS-90010	Aurora - une couche - 10mm disque d'amnios	
EAS-90012	Aurora - une couche - 12mm disque d'amnios	
EAD-90010	Aurora - deux couches - 10mm disque d'amnios	
EAD-90012	Aurora - deux couches - 12mm disque d'amnios	
EV-0-90005	Eclipse Plus 5mm - une couche - disque d'amnios	
EV-0-90008	Eclipse Plus 8mm - une couche - disque d'amnios	
EV-0-90010	Eclipse Plus 10mm - une couche - disque d'amnios	
EV-0-90012	Eclipse Plus 12mm - une couche - disque d'amnios	
EV-0-90014	Eclipse Plus 14mm - une couche - disque d'amnios	
EV-0-90016	Eclipse Plus 16mm - une couche - disque d'amnios	
EV-0-73011	Tetra Plus 1X1 cm - une couche - pièce chirurgicale d'amnios	
EV-0-73012	Tetra Plus 1X2 cm - une couche - pièce chirurgicale d'amnios	
EV-0-73013	Tetra Plus 2X2 cm - une couche - pièce chirurgicale d'amnios	
Aurora # total		
Eclipse # total		
Tetra # total		
QUANTITÉ total		

DISQUES ECLIPSE EN DEUX COUCHES DISPONIBLES SUR DEMANDE -
 VEUILLEZ TÉLÉPHONER POUR PLUS D'INFORMATION

OPTIONS POUR TRANSPORT*:

Les frais d'expédition peuvent varier et peuvent inclure des frais de douane.
 Nos représentants confirmeront avant l'achat.

*Veuillez sélectionner l'une des options d'expédition ci-dessus. Ophthalogix Canada ne sera pas responsable des retards dus à la livraison par le tra

Informations sur le paiement

SOUHAITEZ-VOUS UNE ESTIMATION DE PRIX AVANT FACTURE D'ACHAT ? OUI NON

OPTIONS D'ACHAT : VIREMENT BANCAIRE ACH CARTE DE CRÉDIT PAYER PAR CHÈQUE

REP INFORMATION

Nom du représentant : _____ Nom du sous-représentant : _____

Info De Contact: _____

Notes: _____

INFORMATIONS DE COMMANDE ET DE PAIEMENT

Paielement adressé à Ophthalogix Canada Inc à Hamilton, ON | Téléphone : 866-982-1511

Courriel : ophthalogixcanadaorder@gmail.com | www.ophthalogix.com

Certificat d'accès à la santé 100274

