



## 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		
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		
DISQUES ECLIPSE EN DEUX COUCHES DISPONIBLES SUR DEMANDE - VEUILLEZ TÉLÉPHONER POUR PLUS D'INFORMATION		<b>Aurora # total</b>	
		<b>Eclipse # total</b>	
		<b>Tetra # total</b>	
		<b>QUANTITÉ total</b>	

### 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. Ophthalmogix Canada ne sera pas responsable des retards dus à la livraison par le transporteur

### Information de paiement

Numéro PO : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Type de carte : \_\_\_\_\_ Nom du titulaire : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Numéro de carte : \_\_\_\_\_ CVV: \_\_\_\_\_ Date d'expiration (MM/AA): \_\_\_\_\_

### Information du représentant

Nom du représentant : \_\_\_\_\_ Nom du sous-représentant : \_\_\_\_\_  
Info de contact : \_\_\_\_\_  
Notes : \_\_\_\_\_

### Information de commande et paiement

Paiement adressé à Ophthalmogix Canada Inc à Hamilton, ON | Téléphone : 866-982-1511  
Courriel: jonpaulprosia@ophthalmogix.ca | www.ophthalmogix.com  
Numéro du certificat Health Access : 100274