



Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Code Postal : _____ Ville : _____

IMPORTANT (requête des services postaux) Téléphone ou Email : _____

Quantité	Titre et/ou designation	#	Prix unitaire	Total

Chèque bancaire : à l'ordre d'AstroCity

Carte bancaire marquée CB ou MasterCard

Numéro de la carte : _____ / _____ / _____ / _____

Date d'expiration de la carte : ____ / ____

Cryptogramme visuel :

(au dos de la CB, bloc de 3 chiffres)

Nom et signature du porteur : _____

SOUS TOTAL	+
Avoir sur facture #	-
Forfait port France métropolitaine en colissimo suivi livraison par la Poste 48 heures = 8,90 €	
ou Frais de port DOM-TOM = 18.50 €	+
TOTAL GENERAL	+

Date et signature des parents pour les mineurs : _____