



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 : _____

