



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	+	8,90 €
ma commande MENSUELLE dépasse 100.00 €, je bénéficie d'un		port OFFERT
ou Frais de port DOM-TOM =	+	20.00€
TOTAL GENERAL		

Date et signature des parents pour les mineurs : _____