

Nom :

IMPORTANT

Prénom :

(requête des services postaux)

Adresse :

Téléphone ou Email :

Code Postal :

Ville :

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 :