



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 €
ou Frais de port DOM-TOM =	+	20.00€
TOTAL GENERAL		

Date et signature des parents pour les mineurs : _____

