



Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

IMPORTANT

(requête des services postaux)

Téléphone ou Email :

Quantité

Titre et/ou designation



Prix unitaire

Total

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 : 

