



**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 : \_\_\_\_\_

<b>SOUS TOTAL</b>	+	
<b>AVOIR</b> sur facture #	-	
<b>FORFAIT</b> port France Métropolitaine	+	8.90 €
ou Frais de port <b>DOM-TOM</b> =	+	20.00€
<b>TOTAL GENERAL</b>		

Date et signature des parents pour les mineurs : \_\_\_\_\_

• FINCH •  
l'gd

