BON DE COMMANDE

OU SA COPIE À RENVOYER
AUX ÉDITIONS LA CLASSE

10, avenue Victor Hugo - CS 60051
55800 Revigny-sur-Ornain

Tél. : 03 29 70 56 33
Fax : 03 29 70 57 44

Adresse de livraison

Nom - Prénom ou École : .....

.....

Adresse : .....

.....

Code postal ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ Ville : .....

E-Mail .....

Classe : ❑ PS ❑ MS ❑ GS ❑ CP ❑ CE1 ❑ CE2 ❑ CM1 ❑ CM2

Autre : .....

Précisez si l'adresse de facturation est différente :

❑ Je souhaite commander
les ressources ci-dessous :

RÉF. ARTICLE	TITRE	QTÉ	PRIX TTC
			⌊_⌊_⌊_⌋,⌊_⌊_⌋
			⌊_⌊_⌊_⌋,⌊_⌊_⌋
			⌊_⌊_⌊_⌋,⌊_⌊_⌋
			⌊_⌊_⌊_⌋,⌊_⌊_⌋
			⌊_⌊_⌊_⌋,⌊_⌊_⌋
			⌊_⌊_⌊_⌋,⌊_⌊_⌋
			⌊_⌊_⌊_⌋,⌊_⌊_⌋
			⌊_⌊_⌊_⌋,⌊_⌊_⌋
			⌊_⌊_⌊_⌋,⌊_⌊_⌋
			⌊_⌊_⌊_⌋,⌊_⌊_⌋
			⌊_⌊_⌊_⌋,⌊_⌊_⌋
			⌊_⌊_⌊_⌋,⌊_⌊_⌋
			⌊_⌊_⌊_⌋,⌊_⌊_⌋
			⌊_⌊_⌊_⌋,⌊_⌊_⌋

* Tarif France métropolitaine
Autres destinations : https://boutique.laclasse.fr

Code KCLA0070

Total de la commande	⌊_⌊_⌊_⌋,⌊_⌊_⌋
Participation aux frais d'envoi*	+ 5,00 €
TOTAL À PAYER	⌊_⌊_⌊_⌋,⌊_⌊_⌋

Je choisis de régler par :

❑ Chèque joint de . . . . . €, à l'ordre des Éditions La Classe

❑ Carte bancaire n° ⌊_⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌋

Date d'expiration ⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌋ Code CVC ⌊_⌊_⌋

❑ Par mandat administratif (cachet de l'organisme payeur obligatoire)

❑ Je souhaite recevoir une facture acquittée

Signature (uniquement pour CB) ou cachet de l'organisme payeur