

(POR FAVOR MARQUE CON UNA CRUZ)

☐ CONSULTA

Nº:

☐ PEDIDO

FECHA: / /

NOMBRE: _____ CIF/NIF: _____

DIRECCIÓN: _____ COD. POSTAL: _____

TELÉFONO: _____ FAX: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

RAZÓN SOCIAL: _____ AULA O SECCIÓN: _____ CONTACTO: _____

DIRECCIÓN DE ENVÍO:_____

FORMA DE PAGO: CONTADO ☐ CHEQUE ☐ TRANSFERENCIA ☐ 30 DÍAS ☐ 60 DÍAS ☐ OTROS ☐

BANCO: _____ N° CUENTA: _____

OBSERVACIONES:

UNID.	REFERENCIA	ARTÍCULO	PRECIO UNIT.	DTO.	PRECIO
-------	------------	----------	--------------	------	--------

[illegible]

fotocopia esta página y envíala