

BON DE COMMANDE

Ce bon est valable pour les fournitures du dépistage sanguin pour une commande par mois maximum – merci donc de faire le point sur vos stocks afin de grouper les envois – les quantités envoyées sont calculées par le CRDN
(à faxer au 01.42.73.74.76)

Hôpital : _____ **CODE (impératif) :** ____ _
Service : _____ Date commande : |__|_|_| |__|_|_| |__|_|_|
Contact/Tel : _____

COCHEZ les fournitures dont vous avez besoin

Buvard Guthrie	Enveloppe T	Tour de séchage	Guide Bonnes pratiques
☐	☐	☐	1 (automatique)

*Exclusivité services de maternité

*Cahier exhaustivité	*Cartons vierges
☐	☐

Encart réservé au CRDN
N° de lot 1 : Du _____ AU _____ N° de lot 2 : Du _____ AU _____ N° de lot 3 : Du _____ AU _____ Dernier envoi le : _____ (dont Nb buvards : _____) Commande présente pour le mois de : _____ A faire partir le : _____