Hôpital de :…………………………

**BON DE COMMANDE**

Adressé à : …………………………

N° du BC : ………………………….

Commande urgente :

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **DESIGNATION** | **Conditionnement** | **Stock Maximal** | **Stock Disponible Utilisable** | **Quantité commandée** | **Prix Unitaire** | **Prix total** |
|  |   |   |   |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **MONTANT TOTAL** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *Personne ayant effectué le BC* | *Personne ayant validé le BC* |
| Date : Nom, Prénom :Signature : | Date : Nom, Prénom :Signature : |