

FORMULÁRIO DE PEDIDO / BON DE COMMANDE – EDITION

Conversor de moeda e taxas de câmbio disponíveis no site <http://www.bcb.gov.br>

Código	Título	Autor	Idioma	Preço Unitário	Quantidade	Valor total	Frete*
.B9K	A Homeopatia no dia a dia	Michèle Boiron	Português	43 €			
TOTAL						€	€
						TOTAL + Frete	€

* **Frete internacional:** Valor incluído no preço unitário. Prazo para entrega : 21 (vinte e um) dias corridos
Para receber antes do prazo, valor adicional do frete sujeito à consulta, favor nos contatar.

Favor retornar as 2 (duas) páginas do presente documento devidamente preenchidas para:

Boiron Medicamentos Homeopáticos Ltda.
Rua Joaquim Floriano, 1120 Conj 41, Itaim Bibi
São Paulo – SP CEP 04534-000
OU por fax (11) 3078-8429 A/C Colin

Para maiores informações, favor entrar em contato por
telefone (11) 3707-5858 ou e-mail: boiron@boiron.com.br

Observação: Os pedidos serão recebidos pela Boiron Brasil e encaminhados à matriz na França, que fará o faturamento e o envio do(s) produto(s) no prazo de 5 (cinco) dias úteis. O valor será cobrado em euros.

AUTORIZO E RECONHEÇO O DÉBITO À VISTA EM MINHA CONTA DO CARTÃO DE CRÉDITO ABAIXO:

(J'autorise et reconnais le débit à vue réalisé sur le compte bancaire lié à la carte bancaire ci-dessous)

*** Preenchimento obrigatório**

*Bandeira do cartão (Type de carte):

Visa

MasterCard

*Nº do cartão (Nº de carte):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*Vencimento (Expire):

		/		
--	--	---	--	--

*Nome Completo do titular do cartão (Noms/Prénoms du titulaire): _____

*Nº do CPF: _____ *Profissão (Profession): _____ *Nº do CRF ou CRM: _____

OU *CNPJ: _____ *Razão Social (Raison sociale): _____

*Nome fantasia: _____ *Telefone para Contato : (____) _____ - _____

*Endereço (Adresse):

Tipo e nome do logradouro (Type et libellé de voie) Nº..... Complemento (Complément)

Bairro (Quartier)..... Cidade (Ville)..... Estado (UF): CEP -

*Endereço de entrega, se diferente (Adresse de livraison, si différente):

Tipo e nome do logradouro (Type et libellé de voie) Nº..... Complemento (Complément)

Bairro (Quartier)..... Cidade (Ville)..... Estado (UF): CEP -

*Total a pagar em €uros, fatura nº PF (Total à payer, facture nº PF):

	€
--	---

ATENÇÃO:

Ao autorizar o débito no cartão de crédito, Portador e Filial declaram estar cientes e concordar com as seguintes condições:

1. Questionamentos ou cancelamentos dos produtos adquiridos devem ser resolvidos entre as partes – Filial e Portador
2. A filial é a responsável pela correta aceitação do cartão, conferindo em sua apresentação a data de validade, autenticidade e assinatura do Titular.
3. Esta autorização é válida por 15 (quinze) dias e sua transmissão por fax é permitida apenas para agilizar o processo de venda. Em caso de contestação por parte do Portador, a Filial é responsável pela apresentação deste original devidamente preenchido e assinado, cópia do protocolo de entrega de (ou dos) livro(s) e cópia do Comprovante de Venda emitido pela Boiron S.A.
4. Caso os produtos sejam vendidos em nome de outras pessoas, além do titular do cartão, seus nomes deverão ser relacionados abaixo, para maior segurança do Portador, ressaltando que a assinatura do Portador do cartão neste documento é obrigatória.

--

Nomes (outros compradores) / Noms (autres acheteurs)

Local, data e assinatura do titular do cartão

(Lieu, date et signature du titulaire de la carte)

Carimbo e assinatura da Filial

(Cachet et signature de la filiale)

(Affaire suivie par / atendente :

_____, ____/____/20__