

Date

**Numéro de Facture**

**Nom de l’entreprise Nom du client :** Jean Dupont

Adresse **Telephone :** 06 17 72 76 38

Code Postal et Ville

Numéro de téléphone

Email

**Objet :** intitulé

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Description** | **Quantité** | **Prix Unitaire** | **Total** |
|  |  |  |  |
| Paracétamol 500mg | 2 | 7.0 | 7.0 |
|  |  |  |  |
| Ibuprofène 400mg | 1 | 5.0 | 5.0 |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Montant Total TTC** | **12.00** |