

20 rue Cuirassé Bretagne CS 42807

**DEMANDE D’ACHAT DE COMPOSANTS**

**CHEZ DISTRIBUTEUR EN COMPTE**

Ce formulaire ne peut pas être utilisé pour une commande.

29228 BREST cedex 2

Tél. : +33 (0)2 98 03 84 00

NOM du fournisseur (un fournisseur par demande) : ………………………………

Date : ………………………

Projet : M1  M2 

Nom du projet : …………………………………………………………………………………………

Nom de l’encadrant : ………………………………

Noms des étudiants : ……………………………….……………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Code commande** | **Désignation** | **Prix unitaire HT €** | **Quantité** | **Prix total HT €** | **C O M** | **L I V** | **D I S** |
| **Réservé gestion** | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Frais de port HT €**

**Signature de l’encadrant :**

**Montant Total HT € : ……………………..**

**Montant Total TTC € : ……………………….**

(HT X 1.2)