

**LABORATOIRES THERAVEX**

MF: xxxxxx/X/X/X/xxx

RC: xxxxxxxxxxxx

Adresse: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Téléphone: 99999999

**BON DE LIVRAISON N° : BL-00023-2026**

Date : 24/01/2026

**Client :** Le Trio Médical  
**Adresse :** Rte Gremda km 2  
**MF :** 1557405R  
**Téléphone :** 56728414

Référence	Désignation	Qté	PU HT	Remise	TVA	Total HT
A0002	TRIOVEX boîte de 10 ampoules buvables	90	10,000	100,00	19%	0,000
A0002	TRIOVEX boîte de 10 ampoules buvables	900	10,000	0,00	19%	9 000,000

TVA	Base	Montant
7	0,000	0,000
19	9 000,000	1 710,000
<b>Total</b>	9 000,000	1 710,000

<b>Total HT:</b>	9 000,000
<b>Remise:</b>	900,000
<b>Total TVA:</b>	1 710,000
<b>NET À PAYER:</b>	<b>10 710,000 DT</b>

Arrêté la présente facture à la somme de :  
**Dix mille sept cent dix dinars**

**Cachet et signature**