



LABORATOIRES THERAVEX

MF: xxxxxxx/X/X/X/xxx

RC: xxxxxxxxxxx

Adresse: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Téléphone: 99999999

BON DE LIVRAISON N° : BL-00011-2026

Date : 23/01/2026

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

Référence	Désignation	Qté	PU HT	Remise	TVA	Total HT
-----------	-------------	-----	-------	--------	-----	----------

TVA	Base	Montant
7	0,000	0,000
19	0,000	0,000
Total	0,000	0,000

Total HT:	0,000
Remise:	0,000
Total TVA:	0,000
NET À PAYER:	0,000 DT

Arrêté la présente facture à la somme de :
Zéro dinar

Cachet et signature