

sdm

SPÉCIALITÉS DENTAIRES & MÉDICALES

SCM CABINET DENTAIRE L'OUVEZE
7 RUE MARCEL NICOLAS
07250 LE POUZIN
FRANCE

SCM CABINET DENTAIRE L'OUVEZE
7 RUE MARCEL NICOLAS
07250 LE POUZIN
FRANCE

N° Facture 310868
Date 17/04/2025

Code Client 103472
Rep / code RD / CDLOUVEZE
Téléphone 04 75 63 80 18

E-mail : cabinetdentaireouveze@orange.fr

Référence SDM	Référence Fabricant	Désignation	Qté	Prix TTC	Remise %	TOTAL TTC
Cde : 199338 / 001 BL : 523104 Du : 15/04/2025						
A25327	E5115	TESTS HELIX ISP BLOSSOM100 IND. REF E5115	1	59,900		59,904 €
A13805	ONEPBMS268	BROSSETTES NYLON X100REF ONEPBMS268	1	18,900		18,900 €
A11466	A1053	DOIGTIERS LATEX SS POUDRE X100TAILLE 5 OU XL MEDISTOCK A1043	2	1,660		3,312 €
A19087	6160J	EXPRESS PUTTY VERT RAPIDE2X305ML 3M 6160J	2	173,230		346,464 €
A27584	406	PORCELAIN ETCH ULTRADENT2 X 1,2 ML REF UP 406	1	31,000		30,996 €
A25016	41294	SCOTCHBOND UNIVERSAL PLUSFLACON DE 5ML 3M REF 41294	1	99,790		99,792 €
A19760	677001	ZIRCATE CAULK PATE A DETARTRE170G REF 677001	1	41,500		41,496 €

CONDITIONS GENERALES DE VENTE

- 1/ Le fait de traiter avec SDM implique l'acceptation de nos conditions de vente.
- 2/ Nos marchandises, quel que soit le mode d'expédition et de transport, voyagent aux risques et périls du destinataire, même si les livraisons sont effectuées franco de port et d'emballage.
- 3/ Nos marchandises sont payables à Lyon. Nos traites ou l'acceptation de règlement n'entraînent en aucun cas dérogation à cette clause attributive de juridiction. Les conditions normales de règlement sont : paiement à réception par chèque, par carte bancaire ou par traite acceptée à nous retourner sous huitaine.
- 4/ En cas de traites échelonnées, et à défaut de paiement d'une quelconque d'entre elles, à son échéance, les sommes restant dues deviendront de plein droit immédiatement exigibles.
- 5/ L'acceptation des commandes n'engage pas notre responsabilité en ce qui concerne les délais de livraison en cas de rupture de stock.
- 6/ Nos marchandises sont à la propriété de SDM jusqu'à la réception, par nos soins, du paiement intégral.

PAYABLE A RÉCEPTION
Si règlement hors délais, intérêts de retard décomptés aux taux de 1.50% par mois.

COORDONNEES BANCAIRES

Banque Principale : HSBC - 5 rue Duquesne - 69006 LYON
Compte N° 01742042381 - IBAN : FR76 3005 6001 7401 7420 4238 151 - BIC : CCFRFRPP
Banque Secondaire : CREDIT AGRICOLE CE - 6 Rue du General Brosset - 69140 RILLIEUX
Compte N° 62233545320 - IBAN FR76 1780 6006 3062 2335 4532 076 - BIC : AGRIFRPP878

Montant HT : 500,72
TVA 20.00 % : 100,14

NET A PAYER 600,86 €

Référence à rappeler

FACTURE 310868 client CDLOUVEZE 103472
montant 600,86 €

