

Client: Numéro :

0	0				
---	---	--	--	--	--

Nom / Compagnie : _____

Personne-contact: _____

Adresse : _____

Ville : _____

Province / Pays : _____

Code postal : _____

Adresse courriel : _____

N° de référence du Client (bon de commande) : _____

Objet:

	Articles à facturer	Coût unitaire	Qté	Total (\$)	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
				Sous-total	
				TPS	
				TVQ	
				Total	\$

REQUÉRANT	DATE	
APPROBATION DU RESPONSABLE	DATE	

Distribution:

Lge	U. budgétaire	Compte	S. F.	CBS	U. adm.	Fds	Montant	Taxes
1								
2								
3								
4								

SERVICE DES FINANCES	DATE
----------------------	------