

N° DE FACTURE : \_\_\_\_\_

CLIENT : \_\_\_\_\_



**CENTRE DE SERVICES  
METAL EN FEUILLES**

	OP	A.OP
FABRIQUÉ PAR :		
NOMBRE DE PAQUETS :		

# 01 	# 02 	# 03 	# 04 	# 05 	# 06 	# 07 
# 08 	# 09 	# 10 	# 11 	# 12 	# 13 	# 14 
# 15 	# 16 	# 17 	# 18 	# 19 	# 20 	# 21 
# 22  <input type="checkbox"/> 4 COTÉS	# 23  <input type="checkbox"/> 4 COTÉS	# 24 	# 25 	# 26 	# 27 	# 28 
# 29 	# 30 	# 31  <input type="checkbox"/> 4 COTÉS	# 32 	# 33 	# 34 	# 35 

NO ITEM : \_\_\_\_\_ QUANT : \_\_\_\_\_

MATÉRIEL: \_\_\_\_\_ QUANT : \_\_\_\_\_

COULEUR : \_\_\_\_\_ CAL. : \_\_\_\_\_

REMARQUE : \_\_\_\_\_

EXT. INT.	EXT. INT.	EXT. INT.	EXT. INT.	EXT. INT.	
A	B	C	D	E	TOTAL

NO ITEM : \_\_\_\_\_ QUANT : \_\_\_\_\_

MATÉRIEL: \_\_\_\_\_ QUANT : \_\_\_\_\_

COULEUR : \_\_\_\_\_ CAL. : \_\_\_\_\_

REMARQUE : \_\_\_\_\_

EXT. INT.	EXT. INT.	EXT. INT.	EXT. INT.	EXT. INT.	
A	B	C	D	E	TOTAL