



N° FACTURE/

___ / ___ / ___

Facturé à : _____

Téléphone : (___) ___ - ___

Personne ressource : _____

Courriel : _____

Titre de la personne ressource : _____

Adresse : _____

OBJET DE LA FACTURE /

No.	Description	Qté	Prix unitaire	Remise	Prix

Sous-total :

TPS : -

TVQ : -

Accompte : -

Total :

CONDITIONS

Montant total dû dans 30 jours. Les paiements en souffrance sont soumis à des frais de service de 5% par mois.

MODE DE PAIEMENT

info@cpesixsaisons.com
Visa et dépôt direct

CHÈQUES

Veillez libeller tous les chèques à l'ordre de
Centre de la petite enfance Six Saisons.

(819) 666-2331

info@cpesixsaisons.com

68 Rue Kenosi, Wemotaci, QC GOX 3R0

Numéro d'entreprise/
1145612850