

# BON DE COMMANDE FORMULAIRES

Imprimerie Quintus -> tél.: 46 76 50 de 8 à 17 heures

Commande par fax: 46 76 52 ou e-mail: info@imprimerie.lu

## FORMULAIRES AVEC EN-TÊTE PERSONNALISÉE

1. **Ordonnances médicales**  50  100  150  200  collées en tête  non-collées en tête  
blocs à 50 feuilles
2. **Mémoires d'honoraires** (à 10 lignes)  50  100  150  200  collées en tête  non-collées en tête  
blocs à 50 feuilles
3. **Mémoires d'honoraires** (à 20 lignes)  50  100  150  200  collées en tête  non-collées en tête  
blocs à 50 feuilles
4. **Devis pour prothèses dentaires**  10  20  collées en tête  non-collées en tête  
blocs à 50 feuilles
5. **Devis pour traitement orthodontique**  10  20  collées en tête  non-collées en tête  
blocs à 50 feuilles
6. **Ordonnances lunettes/lentilles**  50  100  collées en tête  non-collées en tête  
blocs à 50 feuilles
7. **Constats d'incapacité de travail**  250  500  1250  2500  
jeux à 3 feuilles
8. **Ordonnances médicales:**  10  20  50  100  150  200  
**Kinésithérapie**  
blocs à 50 feuilles  collées en tête  non-collées en tête

## FORMULAIRES SANS EN-TÊTE PERSONNALISÉE

9. **Tiers payant / Action directe**  1 x 50 feuilles
10. **Demande d'autorisation préalable d'un transfert à l'étranger**  Fr.  All.  5 blocs
11. **Transport en série**  5 blocs
12. **Certificat Médical pour permis de conduire** (blocs à 50 feuilles)  5 blocs

## AUTRES IMPRIMÉS

13. **Cartes de visite**  noir  coul.  recto/verso  250 ex  500 ex  1000 ex  2000 ex
14. **Cartes rendez-vous**  noir  coul.  recto/verso  250 ex  500 ex  1000 ex  2000 ex
15. **Enveloppes US (114 x 229 mm)**  500 ex  1000 ex  1500 ex  2000 ex
16. **Enveloppes C6 (114 x 162 mm)**  500 ex  1000 ex  1500 ex  2000 ex
17. **Enveloppes C5 (162 x 229 mm)**  500 ex  1000 ex  1500 ex  2000 ex

**Veuillez cocher les imprimés désirés.**

**Merci de bien vouloir joindre à la présente votre modèle utilisé actuellement.**

**Prière d'indiquer les changements éventuels à apporter.**

**Veuillez indiquer les heures d'ouverture de votre cabinet pour la livraison:**

Nom: \_\_\_\_\_

Code médecin: **90** \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Cachet et signature du médecin

**Délai  
10 jours  
Max**