En toute féminité

Silhouette & Orthopédie

Bon de Retour

N° de Facture : .....
Date : .....
Nom : .....
Prénom : .....
Adresse : .....
Code Postal : .....
Ville : .....
E-mail : .....
Téléphone : .....

ARTICLES RETOURNÉS

Référence	Désignation	Quantité

MOTIF DU RETOUR : .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....