

**FORMULAIRE DE COMMANDE POUR LES ENSEMBLES D'ÉTALONNAGE
SOMATIC CELL STANDARD ORDER FORM**

Envoi de votre commande à / Please send your form to: reference@lactanet.ca

Envoi à / Ship to:	
Compagnie / Company:	
Contact:	
Adresse / Address:	
Téléphone / Phone:	
Fax:	
Compagnie d'expédition / courier:	
Numéro de compte / Account Number:	

Facturation à / Bill to:	
Compagnie / Company:	
Contact:	
Adresse / Address:	
Téléphone / Phone:	
Fax:	
Courriel / Email:	

Commandes / Orders													
Mois / Month	Janv Jan	Fev Feb	Mars Mar	Avr Apr	Mai May	Juin June	Juil Jul	Août Aug	Sept Sept.	Oct.	Nov.	Dec.	
Semaines d'utilisation / Weeks to New Set	5	4	4	5	4	4	5	4	4	5	4	5	
Ensemble complet / Full Set (60 vials)													
1/2 ensemble / 1/2 Set (30 vials)													
1/4 ensemble / 1/4 Set (15 vials)													
Ensemble 3 étalons / Set of 3 standards													
Indiquer la quantité d'ensemble requis par mois. / Indicate the number of sets required for each month.													

Bon de commande / Purchase Order:	
Signature:	
Date:	