**BON DE COMMANDE**

*Nom de la société (forme sociale et raison sociale) :*

*Montant du capital social :*

*Numéro et lieu RCS :*

*Adresse du siège :*

*Téléphone :*

Bon de commande N° :

Date :

*Nom du client :*

*Adresse :*

REF

DESCRIPTION

QUANTITÉ

PU HT

REMISE

TOTAL HT

TAUX TVA

TOTAL TTC

TOTAL :

Conditions de livraison :

Conditions de règlement :

Délai de rétractation :

*En cas de contamination de l’un des clients au moment de votre présence, ces informations pourront être communiquées aux autorités sanitaires compétentes (agents des CPAM, de l’assurance maladie et/ou de l’agence régionale de santé), afin de vous contacter et de vous indiquer le protocole sanitaire à suivre.*

*Vos données seront conservées pendant 14 jours à compter de leur collecte, et seront supprimées à l’issue de ce délai.*

*Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données.*

*Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter* ***[coordonnées téléphonique, postales ou électroniques pour contacter la personne de votre établissement qui sera chargée de répondre à la demande]***

*Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.*