NOMBRE : _____ **Nº CLIENTE :** _____

DIRECCIÓN : _____ **Nº TELEFONO:** _____

PAGO : ☐ **EFECTIVO** **(Cambio de)** _____ € ☐ **TARJETA**

HORARIO DE ENTREGA : Elegir franja Reparto de Lunes a Viernes

Observaciones: _____

SECCIONES

CANTIDAD	PRODUCTO	CANTIDAD	PRODUCTO

SALA

CANTIDAD	PRODUCTO	FORMATO	MARCA

SALA			
CANTIDAD	**PRODUCTO**	**FORMATO**	**MARCA**

NUESTRAS TIENDAS:

C/ Leopoldo Alas Clarín, 45
Tlf: 91-373 42 20

C/ La Masó, 2
Tlf: 91-734 69 58