

# Ciné Triskell

## BON DE COMMANDE

Merci de déposer ou de nous envoyer votre bon de commande par courrier à l'adresse :  
**CINÉTRISKELL, Place du Foirail, 85300 CHALLANS**  
ou par mail à l'adresse : **challans@cinetriskell.com**

### VOS COORDONNÉES

**Adresse de facturation :** Nom et Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Tel. : \_\_\_\_\_ Port. : \_\_\_\_\_  
Email : \_\_\_\_\_

### VOTRE COMMANDE

DESIGNATION	QUANTITÉ	P.U.	TOTAL
Place TARIF PLEIN (valable 6 mois)	.....	9.80 €	.....€
Place TARIF MOINS DE 26 ANS (valable 6 mois)*	.....	7.80 €	.....€
Place TARIF MOINS DE 14 ANS (valable 6 mois)*	.....	5.80 €	.....€
Carte 5 places (valable 3 mois, 2 places maxi par séance)	.....	36.00 €	.....€
Carte 10 places (valable 1 an, 6 places maxi par séance)**	.....	67.00 €	.....€
Recharge carte 10 places (n° carte : _____)	.....	65.00 €	.....€
<b>SOUS-TOTAL</b>			.....€
Frais de port (6.00€)			.....€
<b>TOTAL T.T.C.</b>			.....€

**Retrait des places :**  AU CINÉMA  
 ENVOI PAR COURRIER  
(ne pas oublier les frais de port)

\* une pièce d'identité sera demandée lors du contrôle d'entrée en salle.

**Règlement :**  PAR CHÈQUE À L'ORDRE DE **SARL CINÉ AVENIR**  
 PAR VIREMENT IBAN : FR76 1551 9390 5000 0254 0250 187 – BIC : CMCIFR2A

**\*\*Titulaire de la carte :** Nom et Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Tel. : \_\_\_\_\_ Port. : \_\_\_\_\_  
Email : \_\_\_\_\_

**Adresse de livraison :** Nom et Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Tel. : \_\_\_\_\_ Port. : \_\_\_\_\_

Fait à : .....

Le : .....

Signature :