

<b>ADRESSE DE LIVRAISON</b>
SI CONTACT 110 RUE EMILIEN GAUTHIER ZAC DE LENFANT 13290 AIX-EN-PROVENCE

**SI CONTACT  
110 RUE EMILIEN GAUTHIER  
ZAC DE LENFANT  
13290 AIX-EN-PROVENCE**

<b>REGLEMENT A ENVOYER A:</b>
INGRAM MICRO SAS 5-7 RUE DES BOULEAUX CS 30221 59810 LESQUIN CEDEX TVA FR50344658117

<b>VOTRE No. DE COMMANDE</b>	<b>TVA CL.</b>	<b>PAGE</b>
DEV0181878	FR00 827498460	1

NUMERO DE FACTURE	DATE DE FACTURE	DATE D'EXIGIBILITE	TRANSPORTEUR	DELAI	NUMERO DE CLIENT	ORDER	N. PAQ.
21-6133444	19-09-2022	19/10/22	LOAD	30 JOUR	541444-000	T485521	5

REF	COMMANDE	EXPEDIE	DESCRIPTION	PRIX UNITAIRE	MONTANT	TVA
990L742	2	2	<b>TONER BLACK CARTRIDGE SUPL</b> EQUIVALENT TO HP 651A/650A/ VEND PART NR: 006R04147 INTRASTAT : 8443 99 90 POIDS : 00004.92	61,91	123,82	1
990L743	2	2	<b>TONER CYAN CARTRIDGE EQUIVALENTSUPL</b> TO HP 651A/650A/307A VEND PART NR: 006R04148 INTRASTAT : 8443 99 90 POIDS : 00004.84	90,21	180,42	1
990L744	2	2	<b>TONER YELLOW CARTRIDGE SUPL</b> EQUIVALENT TO HP 651A/650A/ VEND PART NR: 006R04149	90,21		1
990L745	2	2	<b>TONER MAGENTA CARTRIDGE SUPL</b> EQUIVALENT TO HP 651A/650A/ VEND PART NR: 006R04150 INTRASTAT : 8443 99 90 POIDS : 00004.86	90,21	180,42	1

CODE TVA: 1=20.0% PENALITES DE RETARD AU TAUX MENSUEL DE 1,80%

TOTAL DES ARTICLES	FRAIS DE PORT	COD	DIVERS	TOTAL HT	MONTANT TVA	TOTAL FACTURE TTC
484,66	20,50			505,16	101,02	606,18 EUR

5-7 rue des Bouleaux - 59810 LESQUIN CEDEX - Tel Nat: 03 66 88 23 30 - Tel. Int. +33 3 59 01 88 00 - SAS au capital de 15.297.189,40 € - R.C. Lille 92 B 127  
SIRET 344 658 117 00132 - APE 518 G - CENTRE LOGISTIQUE - AVENUE DE LA ROTONDE - PLATEFORME MULTIMODALE DE LOMME-SEQUEDIN - 59160 LOMME  
\*(0,13 € HT/mm) - Conditions Générales de vente au verso.

**Escompte pour règlement anticipé : 0% - « Pénalités de retard : 1,80% mensuel ; Indemnité forfaitaire pour frais de recouvrement : 40€ »**

**INGRAM MICRO SAS  
5-7 RUE DES BOULEAUX  
59810 LESQUIN CEDEX  
TVA FR50344658117**

Contre cette LETTRE DE  
CHANGE stipulée AVEC FRAIS  
veuillez payer la somme indiquée  
ci-dessous à l'ordre de :

Mention L.C.R s'il  
y a lieu

**\*\* CETTE FACTURE SERA PAYEE PAR TRAITE NON-ACCEPTEE \*\***

LCR seulement

Contre cette LETTRE DE

Montant pour contrôle	Date de création	Echéance					*****
*****	19/09/22	19/10/22					EUR

541444-000	21-6133444
------------	------------

Domiciliation

R.I.B. du Tiré			
30003	00050	00020025304	43

Nom et  
ADRESSE du  
tiré

**SI CONTACT  
110 RUE EMILIEN GAUTHIER  
ZAC DE LENFANT  
13290 AIX-EN-PROVENCE**

**SOCIETE GENERALE**

Acceptation ou aval