

<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>
COM036224	FR00 827498460	1

NUMERO DE FACTURE	DATE DE FACTURE	DATE D'EXIGIBILITE	TRANSPORTEUR	DELAI	NUMERO DE CLIENT	ORDER	N. PAQ.
21-6202972	13-10-2022	12/11/22	CHRONOPOS	30 JOUR	541444-000	W669311	1

REF	COMMANDE	EXPEDIE	DESCRIPTION	PRIX UNITAIRE	MONTANT	TVA
V933597	1	1	<b>SWITCH VIDEO HDMI AUTOMATIQUE CABL</b> A 4 PORTS (4X1) - 4K VEND PART NR: VS421HD4KA INTRASTAT : 8473 30 20 POIDS : 00000.84	150,26	150,26	1
235M161	1	1	<b>INK CARTR DURABRITE ULTRA BLACKSUPL</b> F/ BX305F BX320FW SX420W VEND PART NR: C13T12914012 INTRASTAT : 8443 99 90 POIDS : 00000.04	12,41	12,41	1
	1		<b>CONTRIBUTION ENVIRONNEMENTA</b> SELON L. 541-10-2 DU CODE DE L'ENV.ET DU DECRET 2005-8 29,LA CONTRIBUTION ENVIRONNEMENTALE DEEE NE PEUT FAIRE L'OBJET DE REFACTION (RABAIS, REMIS, RISTOURNE). V933597 1 x 0,1000 EUR 235M161 1 x 0,0084 EUR	,11	,11	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
162,78	10,00			172,78	34,55	207,33 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 reglement anticipe : 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 a l'ordre de :

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

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

Montant pour contrôle	Date de création	Echéance	LCR seulement	Contre cette LETTRE DE
*****	13/10/22	12/11/22		***** EUR

541444-000	21-6202972
------------	------------

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