

BON DE TRAVAIL CPNU

Date : _____

INFORMATIONS CLIENT

Nom demandeur : _____

Service / Labo : _____ N°CR _____

Secrétaire / Directeur : _____ Tél. _____

Souhaité pour le : _____

DETAILS TRAVAUX

INTITULE : _____

FORMAT : A5 A4 A3 A2 A1 A0 C.VISITE AUTRE : _____

IMPRESSION : Nbre de QUADRI : _____ Nbre de NB : _____

RECTO/VERSO : Recto Verso

PAPIER : _____

NBRE D'EXEMPLAIRE: _____

FACONNAGERELIURE : DOS CARRE SPIRALE AGRAFE 1PT AGRAFE 2PTSCOUVERTURE : OUI NON _____PLI : OUI NON _____TRANSPARENT : AVANT ARRIEREBRISTOL : AVANT ARRIEREPELLICULAGE : MAT BRILLANTPLASTIFICATION : OUI NONPERFORATION : OUI NONMISE SOUS PLI : OUI NON _____INTERCALAIRES : OUI NON _____**DIVERS**

Votre document contient-il des extraits d'oeuvres protégés ?
 (Editeur, auteur, titre, nb d'explaires autorisés....)

 OUI NONLivraison OUI NONA : _____

TARIF _____

Signature : _____