



# COMMANDE FOURNISSEUR

REF. \_\_\_\_\_

1/1

De : Médecins Sans Frontières  
N° Tél :

A : -  
Adresse :  
Téléphone :

Date d'envoi au fournisseur : \_\_\_\_\_

Date souhaitée réception marchandise par MSF : \_\_\_\_\_

Référence contrat cadre : \_\_\_\_\_

Code projet : \_\_\_\_\_

Devise : 

TOTAL COMMANDE : \_\_\_\_\_

FONCTIONNELLE	BUDGETAIRE	PROCESS	FOURNISSEUR	RECEPTION
---------------	------------	---------	-------------	-----------

*Selon le montant des achats et pour les cas particuliers, l'admin/CoFiRh (ADMINISTRATION) et le RT/chef de mission (MANAGEMENT) doivent signer (cf tableau récapitulatif).*

REMARQUES :

Conditions de paiement :

Conditions de livraison :

Art	Désignation de l'article	Qté	Unité	Prix unitaire	Prix total	Date de livraison	Référence DI - CT
1	-						
2	-						
3	-						
4	-						
5	-						
6	-						
7	-						
8	-						
9	-						
10	-						
11	-						
12	-						
13	-						
14	-						
15	-						
16	-						
17	-						
18	-						
19	-						
20	-						