



Impression classique & numérique

2250, rue Ontario Est, Montréal, Québec H2K 1V8  
Téléphone : 514 523-2911 | Télécopieur : 514 523-9453

## RÉFÉRENCE EXTERNE :

**B.C. ICM** : \_\_\_\_\_

## **BUDGET :**

# ON DE COMMANDE



**INSTITUT DE  
CARDIOLOGIE  
DE MONTREAL**

# INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MTL

**DATE :** \_\_\_\_\_

NOM: \_\_\_\_\_ SERVICE: \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE (514) 376-3330 POSTE # PORTE ICM :

COURRIEL : **ÉPREUVE :** OUI  NON

DOCUMENT: PAPIER  FICHIER  N/B  COULEUR

## DESCRIPTION DE L'ORIGINAL

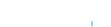
NOM DU DOCUMENT : \_\_\_\_\_

<b>DESCRIPTION DE L'ORIGINAL</b>	<b>NOM DU DOCUMENT :</b> _____						
<b>N<sup>BRE</sup>/PAGES :</b> _____	8.5 X 11 <input type="checkbox"/>	8.5 X 14 <input type="checkbox"/>	11 X 17 <input type="checkbox"/>	12 X 18 <input type="checkbox"/>	RECTO <input type="checkbox"/>	R/V <input type="checkbox"/>	COLLAGE <input type="checkbox"/>

## DESCRIPTION DU PRODUIT FINAL

QTE DE COPIES : \_\_\_\_\_      RECTO       R/V       PAPIER  \_\_\_\_\_      CARTON  \_\_\_\_\_      ACÉTATE       AUTOCOLLANT

INITIATION

TROUÉ	PLIÉ : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	BROCHÉ	RELIURE	MISE EN TABLETTE	PLIÉ & BROCHÉ	PLASTIFICATION	
3 trous		 2 3		<input type="checkbox"/> Cerlox <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Spirale <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Q'té de feuilles par tablette <hr/> <input type="checkbox"/> Collée <i>Indiquez d'un X le côté à coller</i>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Lustré <input type="checkbox"/> Mat <input type="checkbox"/>
2 trous		4		<input type="checkbox"/> Reliure allemande <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Encollé <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> À RABAT		3 mil. <input type="checkbox"/> 5 mil. <input type="checkbox"/>
autre :	<hr/> <hr/> <hr/>	Texte : Int. <input type="checkbox"/> Ext. <input type="checkbox"/>	Z	<input type="checkbox"/> autre :	<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>	autre : <hr/> <hr/> <hr/>
		ENVELOPPANT <input type="checkbox"/>					
		SCORE <input type="checkbox"/>					

Numéro du bordereau de livraison : \_\_\_\_\_

Date de livraison :