

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

(à renvoyer par fax au **01 74 20 27 17**)



De la part de :

Institution

Nom

Fonction.....

Numéro de téléphone

Je, soussigné(e), Madame, Monsieur,, accepte de recevoir les repas
de la société SAVEURS ET VIE,

pour un nombre de déjeuners et dîners par semaine

à compter du

selon la formule suivante : **Complete** à 14 € midi ou 18 € midi et soir

Duo à 11.90 € midi ou 16.20 € midi et soir

Spécificités de la prise en charge (régimes, allergies, composantes supplémentaires ...) :

.....

Je m'engage à prévenir la société au minimum 48h avant le jour de ma livraison si je souhaite
modifier ou annuler ma commande.

A Le

Signature :



Saveurs et Vie

5/7 voie des cosmonautes – 94 310 ORLY

Tel : 01 41 733 733 – Fax : 01 41 733 223

saveursetvie@saveursetvie.fr – www.saveursetvie.fr