



Groupe Dream Night

Bon de réservation

Agence Dream Night
55 avenue Marceau
75016 Paris
Tél. : 01 69 01 69 69

Agence conseil en événementiel
www.dream-night.fr
contact@dream-night.fr
Mobile : 06 88 033 801

Nom : Prénom : Tél. : Mobile :(Obligatoire) E-Mail :	Adresse de la prestation : Date de la prestation :/...../..... Heure d'arrivée:
---	--

Choisissez votre :	- Artiste* :	Costume :
	- Nombre d'artiste :	

Zone géographique : Paris/ Région parisienne Province (0,30cts du Km)

Réf.		Description	Quantité	Montant T.T.C
Spectacle	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>			
	+	transport		

Montant de l'acompte :

Solde de la prestation à régler le
jour du show :

.....
=.....

Par chèque Par virement

En espèces (à reporter).

Le renvoi de ce bon signé, accompagné du règlement de l'acompte, confirmera votre commande. La validation de celui-ci est sous réserve de l'acceptation des conditions générales de ventes de notre agence (cf.: www.dream-night.fr). Le règlement de l'acompte par chèque devra être à l'ordre de Groupe Dream Night ou par virement bancaire :

Banque	Agence	N° de compte	Clé RIB	Domiciliation
30076	02036	15828300200	89	Crédit du nord Paris Champs de Mars

A, Le/...../.....

Signature du client avec la mention « Bon pour accord » :