



Facture pro-forma

Adresse /ALMADIE II CITE KALIA

RC N° SDRK2012E7638/ NINEA N°004589498

Téléphone 78 1293483/770890147

E-mail /nthior2833@gmail.com/ndeyediaher.thior@gmail.com

DEVIS	DATE	NUMERO	N° TEL	NOM ET ADRESSE DU CLIENT CLINIQUE DOCTEUR BABA DIAGNE DAKAR 2342 DAKAR
	08/01/2024	110		

REFERENCES ET DESIGNATIONS	QTE	UNITE	P.U. H.T.	TOTAL H.T.
APPAREIL DE RADIOGRAPHIE MOBILE avec générateur à condensateur Modèle Movix 16E+	1,00		27 000 000,0	27 000 000,0
REPROGRAPHE LASER	1,00		6 000 000,00	6 000 000,00
FORFAIT DE TRANSPORT ET LES FORMALITES DE TRANSIT EXPORT	1,00		2 500 000,00	2 500 000,00
DROITS ET TAXES DE DOUANE	1,00		2 910 000,00	2 910 000,00
AMPLIFICATEUR DE BRILLANCE	1,00		13 000 000,0 0	13 000 000,00
NB : INSTALLATION EST OFFERTE				

Devis valable 1 mois.

Conditions de paiement :

- 75 % à l'acceptation du devis,
- 15 % à l'arrivée du port autonome de dakar
- le solde à la livraison.

LE CLIENT

Faire précéder la signature des mentions "Devis reçu avant exécution des travaux" et "bon pour accord"

A Le

Récapitulatif	
Total HT Net :	51 410 000,00
T.V.A. 0,00 %	0,00
Total TTC :	51 410 000,00

LE FOURNISSEUR

A Dakar, Le 08/01/2024

