

BON DE COMMANDE



Bulletin d'Education du Patient

Je soussigné(e)

Nom, Prénom

Profession

Institution

Rue, n°

Code Postal Localité

Pays

Tél. Fax

Souhaite recevoir exemplaire(s) du numéro du

BEP n°2-1998 gratuit sauf frais d'envoi,

BEP n°3-1998 gratuit sauf frais d'envoi,

BEP n°4-1998 gratuit sauf frais d'envoi.

Date Signature

Je paierai dès réception du bulletin de virement qui sera associé
à l'envoi.

Bon de commande à retourner au

Centre d'Education du Patient, rue fond de la biche, 4, B-5530

Godinne BELGIQUE

ou à faxer au ++32 82 61 46 25