



Je soussigné(e)

Nom, Prénom

Profession

Institution

Rue, n°

Code Postal Localité

Pays

Tél. Fax

Souhaite recevoir **GRATUITEMENT**

- exemplaires du BEP « La douleur » n° 3-4-1999
- exemplaires du BEP « Douleur chronique » n° 2-3-2001



Seuls, les frais d'envoi sont à payer. Ceux-ci varient en fonction du poids du courrier et de sa destination.

Date Signature

Je paierai les frais d'envoi dès réception du bulletin de virement qui sera associé au courrier.

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