

BON DE COMMANDE

à votre Santé

DATE / /

COORDONNÉES

Prénom : _____ Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Contactez-moi par courriel pour m'aviser de la sortie des nouveaux fascicules, des nouvelles, etc.

COMMANDE

	Quantité	Prix unitaire	Sous-total
<input type="checkbox"/> Volume 3 (2007-08) - Abonnement annuel Comprend les 8 numéros réguliers, les 4 Hors-Série et la pochette	_____	x 35 \$ =	_____
<input type="checkbox"/> Volume 2 (2006-07) - Ensemble de fascicules complet Comprend les 8 numéros réguliers, les 4 Hors-Série et la pochette	_____	x 35 \$ =	_____
<input type="checkbox"/> Volume 1 (2005-06) - Ensemble de fascicules complet Comprend les 8 numéros réguliers, les 4 Hors-Série et la pochette	_____	x 30 \$ =	_____
<input type="checkbox"/> Ensemble de bienvenue	_____	x 5 \$ =	_____
<input type="checkbox"/> Dépliants			
<input type="checkbox"/> Paquet de 25 (12\$ sans transport)	_____	x 15 \$ =	_____
<input type="checkbox"/> Paquet de 50 (20\$ sans transport)	_____	x 28 \$ =	_____
<input type="checkbox"/> Paquet de 100 (35\$ sans transport)	_____	x 45 \$ =	_____
<input type="checkbox"/> Flyers			
<input type="checkbox"/> Paquet de 150 (15\$ sans transport)	_____	x 20 \$ =	_____
<input type="checkbox"/> Paquet de 500 (50\$ sans transport)	_____	x 60 \$ =	_____
<input type="checkbox"/> Paquet de 1000 (80\$ sans transport)	_____	x 95 \$ =	_____

Item	Quantité	Prix unitaire	Sous-total
_____	_____	x _____ \$ =	_____
_____	_____	x _____ \$ =	_____
_____	_____	x _____ \$ =	_____
_____	_____	x _____ \$ =	_____

Tous les prix incluent les frais d'envoi postal et de manutention.

TOTAL

MODE DE PAIEMENT

Carte de crédit VISA MASTERCARD

EXP.

Comptant (inclus)

Chèque (à l'ordre de "Communications À votre santé")

Signature _____

FAITES-NOUS PARVENIR CE FORMULAIRE ACCOMPAGNÉ DE VOTRE PAIEMENT À L'ADRESSE SUIVANTE :
4-370, RUE DES BOULEAUX OUEST, QUÉBEC (QUÉBEC) G1L 1M3 WWW.INFOAVOTRESANTE.COM