



BON DE COMMANDE

DÉPLIANT SUR LE PHARMACIEN HOSPITALIER À L'INTENTION DES MEMBRES ACTIFS

NOM : _____

ÉTABLISSEMENT : _____

ADRESSE : _____

NOMBRE DE DEPLIANTS REQUIS : _____

TYPE D'ACTIVITÉ PROMOTIONNELLE : *
(Ex. Patients hospitalisés, école, conférence...) _____

DATE DE L'ÉVÉNEMENT (si connu) : _____

Veuillez faire parvenir ce bon de commande par télécopieur au (514) 286-1081
ou par la poste à l'adresse suivante :

A.P.E.S. – 4050, rue Molson, bureau 320, Montréal (Québec) H1Y 3N1

* Pour des fins de statistiques, nous vous demandons de bien vouloir compléter cette partie du bon de commande.

Pour plus de détails, n'hésitez pas à communiquer avec l'A.P.E.S. au (514) 286-0776.