



## BON DE COMMANDE



### DÉPLIANT SUR LE PHARMACIEN HOSPITALIER

NOM : \_\_\_\_\_

ÉTABLISSEMENT : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_

COURRIEL : \_\_\_\_\_

NOMBRE DE DÉPLIANTS REQUIS : \_\_\_\_\_

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

*Pour des fins de statistiques, nous vous demandons de bien vouloir compléter cette ligne SVP.*

DATE DE L'ÉVÉNEMENT (si connu) : \_\_\_\_\_

Veuillez faire parvenir votre commande à l'A.P.E.S. par courriel à [info@apesquebec.org](mailto:info@apesquebec.org), par télécopieur au 514 286-1081 ou par la poste à l'adresse suivante : 4050, rue Molson, bureau 320, Montréal (Québec) H1Y 3N1

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