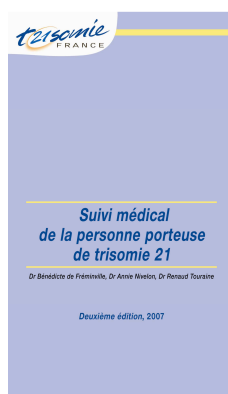


BON DE COMMANDE



Suivi médical de la personne porteuse de trisomie 21

NOM : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

N° de tél : / / / / /

Je souhaite commander :

- exemplaire(s) x 4,00 € = € (Port compris) jusqu'à 24 exemplaires
 exemplaire(s) x 2,00 € = € (Port compris) à partir de 25 exemplaires

Modalités :

Mode de règlement : par chèque à l'ordre de : **Trisomie 21 France**

Bon et règlement à nous retourner à l'adresse suivante :

Trisomie 21 France
10 rue du Monteil
42 000 SAINT-ETIENNE

Si vous ne souhaitez pas que nous conservions vos coordonnées, veuillez nous en faire part. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données personnelles vous concernant. Seule notre association est destinataire des informations que vous lui communiquez.