

## BON DE COMMANDE



### *Réadaptation n° 533 – Dossier spécial Les personnes porteuses de trisomie 21*

**NOM :** ..... **Prénom :** .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

N° de tél : / / / / /

### **Je souhaite commander :**

..... exemplaire(s) x 9,00 € = ..... € (Port compris)

### **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***