



## COORDONNÉES

Nom :

Organisme :

Adresse :

Ville :

Pays :

Code postal :

Téléphone :

Courriel :

Titre	Prix	Quantité	Total
<b>Guide visuel d'identification des médicaments</b>	15 \$		
		<b>Sous total</b>	
		<b>Frais de livraison</b>	Aucun
		<b>Total</b>	

## MODE DE PAIEMENT

En chèque :

Émettre reçu

Carte de crédit :  Visa

MasterCard

N° de carte :

Date d'expiration : mois :

Année :

<p><b>PAIEMENT EN ARGENT OU EN CHÈQUE</b> Émettre chèque au nom de : Institut universitaire en santé mentale de Québec Faire parvenir le bon de commande à l'adresse suivante : <b>DÉPARTEMENT CLINIQUE DE PHARMACIE PORTE M-1445</b> <b>INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DE QUÉBEC</b> <b>2601, CHEMIN DE LA CANARDIÈRE</b> <b>QUÉBEC, QC G1J 2G3</b></p>	<p><b>PAIEMENT PAR CARTES DE CRÉDIT</b> <b>VISA ET MASTERCARD SEULEMENT</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Par la poste</li> <li>Courriel: <a href="mailto:pharmacydepartment@institutsmq.qc.ca">pharmacydepartment@institutsmq.qc.ca</a></li> <li>Télécopieur 418-663-5661</li> <li>Site Internet : <a href="http://www.institutsmq.qc.ca">www.institutsmq.qc.ca</a></li> </ul>
---	--