

### ORDRE D'INSERTION D'UNE PETITE ANNONCE

A nous retourner accompagné de votre texte et en précisant le format choisi

- par fax au **01.49.29.29.19**
- par mail à **clesaint@expressions-sante.fr**

#### - Tarifs

Nous vous proposons deux modules différents, si vous souhaitez d'autres formats, n'hésitez pas à nous consulter :

Format	Montant HT	Montant HT après remise <b>offre spéciale (20 % remise)</b>
(88 mm x 58 mm)	305 € H.T.	<b>244,00 € H.T.</b>
(88 mm x 120 mm)	576 € H.T.	<b>460,80 € H.T.</b>

#### - Inscrivez ci-dessous vos coordonnées de facturation

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

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

CP : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

**Une facture vous sera adressée avec votre justificatif de parution**

Je souhaite recevoir gracieusement la revue « Diabète & Obésité » pendant un an à l'adresse suivante :

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

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

CP : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

**OFFERT**

Pour tout complément d'information, contactez Claire Lesaint au 01.49.29.29.20

**Bon pour accord**

**Signature**

**Date :**

**Cachet établissement ou cabinet**