

BON DE COMMANDE PHARMAPASS

A renvoyer à l'URPPN par fax au 081/24.21.05 ou sur equipe.tarification@urppn.be

Le Pharmacien.....
Adresse:.....
Nom du titulaire :.....
Téléphone :.....
Fax :.....

Souhaite adhérer au système mis en place par l'URPPN.



Signature :

Je commandeX 250 cartes pharmapass (+folders+posters+autocollants)

- ☐ Aux conditions « client de l'OT », soit 90€ HTVA pour 1 kit de 250 cartes
- ☐ Client de l'O.T., je recevrai une facture et je souhaite que le montant soit prélevé de la tarification du mois suivant.
- ☐ Client de l'O.T., je recevrai une facture et désire la régler en effectuant un virement au compte : 250-0086666-33
- ☐ Je ne suis pas client de l'O.T., je recevrai une facture que je réglerai par virement.

Date :

Signature :