

DEMANDE D'INFORMATIONS



REEMPLIR LE
FORMULAIRE



TRAITEMENT
DE LA
DEMANDE



MISE EN
RELATION ET
APPEL DE VOTRE
PHARMACIEN



LIVRAISON
DANS LES
PLUS BREFS
DELAIS

PRISE DE RENDEZ-VOUS À DOMICILE

VOTRE PHARMACIE : _____

POUR MOI

EN TANT QU'AIDANT

MADAME

MONSIEUR

NOM : _____ PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE: __/__/____

ADRESSE: _____

CODE POSTAL: _____ VILLE: _____

TÉLÉPHONE: _____ E-MAIL : _____

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

POUR QUEL(S) PRODUIT(S) SOUHAITEZ-VOUS FAIRE LA DEMANDE?



ENVOYER LA DEMANDE