

**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](mailto: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 « Cardiologie Cardinale » 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****Date :****Signature****Cachet établissement ou cabinet**