



Bulletin d'abonnement au Pharmacien de France

Nom ou raison sociale

Prénom

Adresse n° rue

.....

Code postal [] [] [] [] [] Ville

Date

signature

À compléter et à renvoyer avec votre règlement de 90 euros à :

Pharmacien de France

Service abonnement - 13, rue Ballu - 75311 Paris cedex 09