



Ne pas affranchir

Adresser cette fiche avec votre règlement à :

J.B.H. SANTÉ

Libre réponse

10342

75 142 Paris Cedex 03

(à recopier sur l'enveloppe)

Bulletin d'inscription (au verso)



Carton - réponse à retourner accompagné de votre chèque (voir frais d'inscription)

Dr (nom, prénom)

Orthoptiste (nom, prénom)

Adresse :

E-mail : Tél :